ROK IX. WARSZAWA, 1936. Nr. 1.

CZASOPISMO SĄDOWO-LEKARSKIE

POŚWIĘCONE
MEDYCYNIE, PSYCHJATRJI SĄDOWEJ i KRYMINOLOGJI

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE DE PSYCHIATRIE LÉGALE ET DE CRIMINOLOGIE

1936. FASC. N. 1.

WYCHODZI CZTERY RAZY W ROKU

PRENUMERATA WYNOSI 12 ZŁ. ROCZNIE.

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: WARSZAWA, UL. OCZKI 1, ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ. Tel. 8-91-64.
KONTO P. K. O. 5.255.

SPIS RZECZY:

SOMMAIRE.

Drukarnia „SIŁA", Warszawa, Marszałkowska 71.—Tel. 8.34-48.

Dr. WITOLD DŻUŁYŃSKI. Lwów.

O PRZEPUKLINACH W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznem (Dz. U. R. P. Nr. 51. poz. 396. z r. 1933), nakłada obowiązek na Zakład Ubezpieczenia od wypadków wypłacania renty tym ubezpieczonym, którzy wskutek obrażeń cielesnych odniesionych przy pracy zarobkowej, stali się częściowo lub w zupełności niezdolni do pracy. Rzecz jasna, że wypadek w rozumieniu ustawy musi być stwierdzony. W większości przypadków, zwłaszcza przy obrażeniach krwawych, spowodowanych czynnikami zewnętrznemi, nie nasuną się trudności w ustaleniu wypadku. Są świadkowie, zazwyczaj współpracownicy, którzy poszkodowanemu udzielili pierwszej pomocy, znajdzie się i lekarz, który opatrzył rannego. Niejednokrotnie zdarza się zwłaszcza przy obrażeniach niezbyt ciężkich, bezkrwawych lub bez wyraźnych dla otoczenia objawów chorobowych, że przy ustalaniu związku ich z wypadkiem, nasunąć się mogą poważne wątpliwości, tem większe, im później zgłosi poszkodowany swój wypadek, zatem im później przeprowadzi się odpowiednie badania. Wątpliwości takie nasuwają się zazwyczaj przy opinjowaniu przepuklin w następstwie wypadku.

Przeglądając akta lwowskiego Sądu rozjemczego, przekonałem się, że chorzy na przepuklinę, wnoszą skargi o przyznanie renty niejednokrotnie bez wiarygodnego uzasadnienia; pracując dłuższy czas po rzekomo doznanym urazie, zgłaszają swój „wypadek" nieraz już po stracie pracy i usiłują świadomie, a może niektórzy bezwiednie, wykorzystać swe kalectwo dla poprawienia bytu materjalnego. Chorzy tacy wnoszą skargi, poparte często świadectwami wydanemi bezkrytycznie przez lekarzy i tem łatwiej udaje im się zdobyć rentę.

Przyczyn niewłaściwego opinjowania przepuklin, szukać należy przedewszystkiem w szeroko rozpowszechnionem mniemaniu wśród laików, a także wśród niektórych lekarzy, że przepuklina może wytworzyć się nagle u osobnika zdrowego o prawidłowej budowie ciała, w następstwie jednorazowego dźwignięcia ciężkiego przedmiotu. Tymczasem u osobnika o prawidłowej budowie ciała niema wrót przepuklinowych, zatem uraz jednorazowy tylko bezpośrednio skierowany w ścianę brzuszną, może przez uszkodzenie tkanek wewnętrznych powłok brzusznych spowodować nagle przepuklinę, natomiast wszystkie inne urazy zwłaszcza pośrednie, działające przez wzmożone parcie tłoczni brzusznej mogą tylko ujawnić istniejącą już przepuklinę, lub jej rozwój przyśpieszyć

M o r o wykazał doświadczalnie na zwłokach, że otrzewna jest bardzo wytrzymała a przedewszystkiem elastyczna; pod ciśnieniem granicznem rozszerza się niemal w dwójnasób, wpukla się w wytworzone w ścianie brzusznej szczeliny a po usunięciu ciśnienia wraca natychmiast do pierwotnego położenia. Opierając się na własnościach fizycznych otrzewnej, musimy uważać nagłe powstanie przepukliny pod wpływem działania tłoczni brzusznej za wykluczone. Gdybyśmy w tych warunkach przyjęli możliwość nagłego jej powstania, musiałyby wystąpić tak groźne objawy chorobowe, że okazałoby się nieuniknione natychmiastowe wezwanie lekarza (G r a s e r).

Do czysto urazowych przepuklin zaliczamy te, które powstają w następstwie bezpośredniego urazu skierowanego w ścianę brzuszną, lub jej bezpośrednie sąsiedztwo. Uraz taki może spowodować rozdarcie warstw wewnętrznych ściany brzucha, lub uszkodzenie kośćca miednicy bez przerwania łączności powłok skórnych, a wówczas otrzewna straciwszy odpowiednie oparcie, wypukla się pod naciskiem narządów jamy brzusznej w miejscu obrażenia i wytwarza się typowa przepuklina urazowa. Ujawnienie się takiej przepukliny, może nastąpić natychmiast po wypadku, lub w czasie późniejszym często w bliźnie pourazowej. Obrażeniom takim, często groźnym dla życia, towarzyszą stale objawy chorobowe jak omdlenie, wymioty, bladość powłok i gwałtowny ból. Jeżeli uraz, który spowodował przepuklinę urazową, zdarzył się w czasie wykonywania czynności związanych z pracą zarobkową, wówczas musimy przyjąć bezpośredni związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy i przyznać rentę stałą za wyjątkiem przypadków operowanych z wynikiem pomyślnym (renta czasowa).

Wszystkie inne przepukliny, wytwarzają się wyłącznie w miejscach usposobionych ku temu, a więc w tych, w których większe naczynia, nerwy, przewody nasienne opuszczają jamę brzuszną i to u osobników wykazujących pewne odchylenie w budowie anatomicznej ciała, zatem u osobników obciążonych skłonnościami do przepuklin. Skłonności mogą być w r o d z o n e (otwarty kanał pachwinowy, luźne utkanie smugi białej, albo inne nieprawidłowości powłok brzusznych, narządów jamy brzusznej i kośćca tułowia) i n a b y t e, powstałe w życiu pozałonowem wskutek schorzeń ogólnych albo miejscowych dotyczących ściany brzusznej albo jej sąsiedztwa. Nawet jednak te nabyte skłonności (powstałe w życiu pozałonowem) mają swój początek w podłożu embrionalnem, zaczem przemawia ta okoliczność, że schorzenia przewlekłe — np. gruźlica, pobudzająca często przy kaszlu tłocznię brzuszną do wzmożonego działania i doprowadzająca do znacznego wyniszczenia — wywołują tylko u pewnych osób przepuklinę, oraz że u osobników z rozwiniętą jedną przepukliną nabytą daje się zazwyczaj stwierdzić począt-

kowy stopień lub skłonności do powstania przepuklin i w innem miejscu. B e r g e r wykazał w przybliżeniu (wśród ludności Paryża) ujawnienie się przepukliny w pierwszym roku życia w $19^0/_{00}$ (w tem przeważnie pachwinowych), w wieku od 2 do 4 lat już tylko $4{,}2^0/_{00}$, w wieku późniejszym jeszcze w mniejszym procencie. Biorąc pod uwagę, że dzieci wyjątkowo rodzą się z dojrzałą przepukliną i to przeważnie pępowinową lub wewnętrzną, zatem wszystkie inne, pojawiające się w pierwszym roku życia, muszą mieć swe podłoże w wadliwościach rozwojowych a ujawnienie schorzenia, następuje niewątpliwie pod wpływem działania czynników fizjologicznych (kaszel, płacz, kichanie, wypróżnienia).

W powstawaniu i tych przepuklin, pojawiających się na podłożu skłonności najczęściej wrodzonych, odgrywać może większą lub mniejszą rolę uraz. Uraz ten może być b e z p o ś r e d n i, skierowany z zewnątrz w ścianę brzuszną, względnie jej bezpośrednie sąsiedztwo, lub p o ś r e d n i, t. j. wywołujący wzmożone działanie tłoczni brzusznej. Do urazów pośrednich zaliczamy pracę fizyczną i czynności fizjologiczne, jak kaszel, kichanie, wypróżnienie. Do powstania przepuklin nabytych, przyczynić się mogą schorzenia powłok brzusznych, a także nieprawidłowo rozmieszczone, lub chorobowo zmienione narządy jamy brzusznej (przez ucisk), wkońcu procesy chorobowe, które powodują znaczne napięcie i rozszerzenie powłok, a następnie szybkie ich opadnięcie i zwiotczenie. Podobnie działa wielokrotna ciąża, nadmierne przytycie, schudnięcie, lub zanik mięśni w starości.

W wielu przypadkach tłumaczą R o s e r i L i n h a r t, powstawanie przepuklin bujaniem tkanki tłuszczowej przyotrzewnowej. Dzięki takiemu bujaniu, wytwarzają się wrota przyszłej przepukliny, a powstały tłuszczak, siłą ciężkości, pociąga przyległą część otrzewnej, wydłużając ją w worek przepuklinowy (Zugstheorie). Jakkolwiek w pewnych przypadkach (np. w przepuklinach w smudze białej) pogląd ten jest uzasadniony, jednak w większości przypadków przyjmujemy następujący mechanizm powstawania przepuklin:

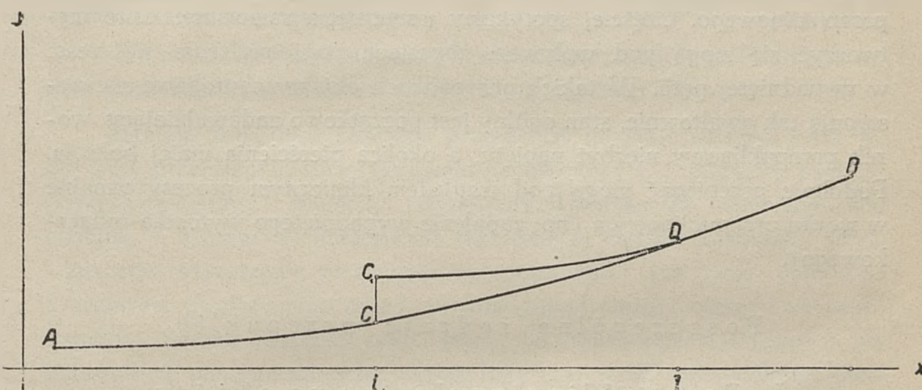
pod wpływem wzmożonego działania tłoczni brzusznej (urazu pośredniego), ulegają miejsca słabsze stopniowemu rozszerzeniu a otrzewna na tej przestrzeni zwiotczeniu i wypukleniu. Wytwarza się elastyczny brzeg t. zw. pierścień przepuklinowy i podatny fałd otrzewnowy t. j. worek przepuklinowy. Gdy pierścień przepuklinowy ulegnie znaczniejszemu rozszerzeniu, a worek przepuklinowy odpowiedniemu zwiotczeniu i wydłużeniu, wówczas pętla jelita, czy inna przyległa część narządu jamy brzusznej, wciśnięta pod wpływem działania tłoczni brzusznej do worka przepuklinowego, pozostaje już w niem i w czasie rozkurczu mięśni brzusznych, daje się jednak z łatwością odprowadzić przy pomocy nacis-

ku w pozycji stojącej, natomiast w pozycji leżącej ustępuje zazwyczaj samoistnie. Taki rozwój przepukliny nazywamy samoistnym. Schorzenie to przebiega często bezboleśnie, jakkolwiek w niektórych przypadkach, mogą wystąpić pewne dolegliwości, w szczególności w okresie ujawniania się, względnie powiększania, przyczem umiejscowienie bólu, dotyczy przeważnie okolicy przepukliny. Wytwarzanie się takiej przepukliny, może ujść uwagi chorego, a czynności fizyczne wykonane przed jej ujawnieniem, nie mogą tłumaczyć wypadkowego jej powstania. Wykonywanie pracy fizycznej po ujawnieniu się przepukliny, jest wystarczającym dowodem samoistnego pochodzenia tego schorzenia, zatem przyznanie renty w podobnych przypadkach, choćby czasowej, byłoby bezpodstawne.

Czasem jednak zdarza się, że wskutek znacznie wzmożonego działania tłoczni brzusznej, choćby krótkotrwałego, np. wskutek dźwignięcia ciężaru, potknięcia się, upadku lub z innej przyczyny ulegnie przepuklina nagłemu przyśpieszeniu i ujawnieniu, przy niedostatecznie jeszcze rozszerzonym pierścieniu. Wówczas pierścień, w chwili ustania wzmożonego działania tłoczni brzusznej, zaciśnie się szybciej zanim wypadnięta część trzewiów zdoła się cofnąć do jamy brzusznej i nastąpi t. zw. elastyczne uwięźnięcie przepukliny. Tak powstała przepuklina jest trudno odprowadzalna t. zn., że w pozycji leżącej nie cofnie się samoistnie, lecz do jej odprowadzenia trzeba użyć stosownych zabiegów, natomiast po odprowadzeniu nie wypada nawet pod wpływem działania urazów fizjologicznych jak kaszel. Ujawnieniu się takiej przepukliny towarzyszy stale gwałtowny ból, który powstaje nagle i zmusza chorego do natychmiastowego zaniechania pracy fizycznej. Oprócz bólu występują wymioty, omdlenie, poty, bladość powłok skórnych i przyśpieszone oraz małe tętno. Po rychłem odprowadzeniu treści worka przepuklinowego, ustępują zazwyczaj wszelkie dolegliwości; jeżeli odprowadzenie nie nastąpi, stan chorego szybko się pogarsza, wkońcu zazwyczaj zabieg operacyjny, może uchronić go przed zgonem. Jeżeli uraz, który bezpośrednio spowodował powstanie takiego uwięźnięcia przepukliny, zdarzył się w czasie wykonywania czynności związanych z pracą zarobkową, wówczas musimy przyjąć pogorszenie istniejącego schorzenia w następstwie wypadku przy pracy. W przypadkach pogorszenia należy przyznawać rentę czasową, oceniając indywidualnie stopień i czas trwania niezdolności, zależnie od następstw urazu. Uzasadnienie dla takiego postępowania, przedstawiam sobie przy pomocy układu współrzędnych w następujący sposób:

rozwój przepukliny u osobnika fizycznie pracującego, wyznaczam krzywą AB w układzie współrzędnych (x i y), przyczem na osi x odkreślam czas trwania, a na osi y rozmiary przepukliny. Przyjmijmy, że w cza-

sie t_1 osobnik uległ wypadkowi i nastąpiło pogorszenie istniejącej już przepukliny z C na C_1. Od tego czasu poszkodowany otrzymuje rentę; wobec obniżonej zdolności pracuje mniej intenzywnie niż przed wypadkiem, zatem dalszy rozwój przepukliny ulegnie zwolnieniu; kąt nachylenia krzywej C_1 D do osi x będzie mniejszy niż kąt nachylenia krzywej CB. Po upływie czasu t_2 krzywa C_1 D przetnie krzywą ACB w punkcie D. (skutki wypadku = 0). Wniosek: uzasadniona renta czasowa w czasie od t_1 do t_2, początkowo wyższa potem stopniowo malejąca, przyczem $t_1 - t_2$ zależny jest od $C - C_1$ (t. j. od stopnia bezpośredniego pogorszenia się przepukliny po urazie).



B i e r przy ocenie przepuklin powstałych z wypadku, zwraca uwagę na następujące okoliczności:

1) wypadek w rozumieniu ustawy musi być stwierdzony.

2) Chory na przepuklinę nie może pracować po wypadku chociażby spowodu bólu. Ponieważ ból może być symulowany, zatem ważniejszemi dla oceny będą następujące objawy otrzewnowe: omdlenie, bladość, małe i przyśpieszone tętno. Jeżeli w następstwie wypadku nie wystąpiły powyższe objawy chorobowe, należy przyjąć, że ujawnienie przepukliny nastąpiłoby wkrótce samoistnie niezależnie od wypadku.

3) Rozmiary przepukliny w następstwie wypadku nie mogą być większe, niż rozmiary jaja kurzego. Odprowadzenie samoistne jest niemożliwe a po odprowadzeniu, nie tak łatwe wypadnięcie.

4) Za bezwzględnie wypadkowem pochodzeniem przepukliny, przemawia jej uwięźnięcie przy małych rozmiarach.

5) Duże rozmiary przepukliny i równoczesne istnienie innych przepuklin, przemawia przeciw wypadkowemu jej pochodzeniu.

6) Nie stwierdzenie przepukliny przez lekarza przy badaniu przeprowadzonem przed wypadkiem, nie może być dowodem wypadkowego powstania przepukliny. Wiadomo bowiem, że przepuklina może się cofnąć i po pewnym czasie ponownie się ujawnić.

Podstawową cechą rozpoznawczą dla przepukliny wypadkowej w następstwie urazu pośredniego, jest: jej uwięźnięcie elastyczne przy małych rozmiarach. Za urazowem pochodzeniem uwięźnięcia przemawiają gwałtowne objawy chorobowe początkowe, szybko się uogólniające przy znacznej bolesności w okolicy pierścienia i silnem napięciu worka przepuklinowego. Częściej spotykamy uwięźnięcia samoistne, które wytworzyć się mogą pod wpływem zbytniego nagromadzenia się treści w wypadniętej pętli. W takich przypadkach objawy chorobowe nie postępują tak gwałtownie, stan ogólny jest początkowo zadawalniający, worek przepuklinowy niezbyt napięty, a okolica pierścienia mniej bolesna. Podobnie przebiegać mogą pod względem klinicznym procesy zapalne w worku przepuklinowym (np. zapalenie wypadniętego wyrostka robaczkowego).

Poszczególne rodzaje przepuklin.

I. Przepuklina pachwinowa skośna.

Zawiązków kanału pachwinowego, a tem samem genezy przepukliny pachwinowej skośnej, szukać należy w wczesnych okresach rozwoju płodowego, kiedy gruczoł płciowy tak męski jak i żeński łączy się ze skórą w okolicy pachwiny, zapomocą więzadła. Gruczoł żeński pozostaje w jamie brzusznej a kanał pachwinowy u kobiet przepuszcza jedynie więzadło jajnikowe pachwinowe (w życiu pozałonowem zwane więzadłem obłem macicy). Gruczoł męski zstępuje w końcowych okresach rozwoju płodowego do worka mosznowego, pociągając otrzewną, która wytwarza worek z wyrostkiem pachwinowym (processus vaginalis). W życiu pozałonowem, blaszki otrzewnowe wyrostka pachwinowego tworzą z osłonką powrózka nasiennego jednolitą całość, a tylko niewielkie lejkowate wgłębienie powięzi koło pierścienia wewnętrznego kanału utrzymuje się, jako pozostałość po wyrostku pachwinowym.

Josel, Engel i Zuckerkandel, sekcjonując dzieci zmarłe w 1 roku życia, wykazali, że wyrostek pachwinowy utrzymuje się bardzo często w życiu pozałonowem, tworząc tem samem gotowy już

worek przepuklinowy. W takich przedewszystkiem przypadkach, pod wpływem wielokrotnych urazów pośrednich (wzmożonego działania tłoczni brzusznej), zazwyczaj już w kilka miesięcy po urodzeniu, czasami z biegiem lat wytwarza się przepuklina pachwinowa skośna.

Kaufman, Jokisch i inni, przyjmują możliwość nagłego powstania przepukliny pachwinowej skośnej pod wpływem jednorazowego urazu pośredniego, u osobnika ze skłonnościami do przepuklin a więc, u osobnika z otwartym kanałem pachwinowym. Uważam, że nagłe wytworzenie się takiej przepukliny u osobnika dorosłego jest niemożliwe a uzasadnia to już sam mechanizm powstawania przepuklin pachwinowych skośnych, który przedstawiam sobie w następujący sposób:

Faza 1.: rozszerzenie pierścienia wewnętrznego i przeciśnięcie się pętli jelita do kanału pachwinowego (przepuklina śródkanałowa lub początkowy stopień przepukliny).

Faza 2.: rozszerzenie pierścienia zewnętrznego i przesunięcie się pętli poza kanał pachwinowy (przepuklina zupełna).

Istnieją więc dwie poważne przeszkody na jakie natrafia pętla jelita przy przeciskaniu się przez kanał pachwinowy t. j. pierścień pachwinowy wewnętrzny i pierścień zewnętrzny. Uważam za niemożliwe aby osobnik, u którego w następstwie dźwignięcia ciężaru nastąpiło nagłe i znaczne rozszerzenie pierścienia wewnętrznego, (co jest połączone z uczuciem gwałtownego bólu), niezareagował choćby odruchowo przynajmniej zmianą ułożenia ciała, jeżeli nie opuszczeniem ciężaru i nie uchronił się tem samem przed drugą fazą t. j. przed rozszerzeniem pierścienia zewnętrznego i wypadnięciem pętli poza kanał pachwinowy. Pozatem musimy pamiętać, że ciśnienie, jakie wytwarza się w jamie brzusznej w następstwie podnoszenia ciężkich przedmiotów, rozchodzi się we wszystkich kierunkach z jednaką siłą zatem na pętlę jelita, której część przylega do otworu wewnętrznego kanału pachwinowego, działa siła statyczna przeciwdziałająca przemieszczeniu się pętli; wkońcu pętla jelita wypełniona jest gazami i treścią pokarmową, co także utrudnia jej przesuwanie się przez stosunkowo wąską przestrzeń, a droga jaką pętla przebyć musi od ujścia wewnętrznego kanału do ujścia zewnętrznego, wynosi 4 — 5 cm, zatem pokonanie oporów na tej przestrzeni zbyt szybko i bezboleśnie nastąpić nie może. Jeżeli więc w następstwie urazu ujawni się przepuklina pachwinowa skośna zupełna, musimy przyjąć, że poprzednio istniała przepuklina pachwinowa zupełna. lub przynajmniej w stopniu początkowym (przepuklina śródkanałowa) choćby czasowa t. zn. że wypadnięta pętla utorowała sobie już poprzednio drogę przez pierścień wewnętrzny, a w takim wypadku może być mowa tylko o pogorszeniu istniejącego cierpienia.

Dla samoistnych przepuklin przytacza Kaufman cechy, które niemiecki Sąd rekursowy podał w uzasadnieniu wyroku w r. 1924, ujmując je w trzy punkty.

1) Wszystkie większe od cytryny.

2) Nieuwięźnięte i nieodprowadzalne.

3) Wszystkie z łatwością odprowadzalne w pozycji stojącej a samoistnie odprowadzalne w pozycji leżącej.

Przepukliny pachwinowe skośne spotyka się najczęściej. W lwowskim Sądzie rozjemczym na 89 skarg wniesionych przez chorych na przepukliny w latach od 1931 do 1934. stwierdzono w 82 przypadkach (zatem w 92,1%) przepukliny pachwinowe. Dla ilustracji przytaczam w krótkości kilka przypadków:

Związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy uzasadniony.

Przypadek 1. (Cu 693/31): M. R., lat 60, numerowy, przy zdejmowaniu zwoju kilimów uczuł nagle trzaśnięcie w brzuchu, połączone z gwałtownym bólem, tak że osłabł. Przewieziony niezwłocznie do szpitala, poddał się operacji. Chirurg stwierdził przepuklinę pachwinową skośną małych rozmiarów uwięźniętą. Sąd przyjął związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy.

Przypadek 2. (Cu 419/31): P. P., lat 70, robotnik dzienny, przy przewróceniu wózka kolejowego, po skończonej pracy, poczuł ból w pachwinie. Z trudem dowlókł się do domu. Dnia następnego nie mógł pracować spowodu wymiotów i uporczywych bólów, a wezwany lekarz stwierdził przepuklinę pachwinową skośną małych rozmiarów uwięźniętą i zabrał chorego natychmiast do szpitala, gdzie przeprowadzono operację. Dr. L. przyjął związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy i taki zapadł wyrok.

Przypadek 3. (Cu 456/32): J. K.. lat 36, robotnik lasowy, po dźwignięciu wózka w dniu 9.XI. 1931., nagle zachorował: leżał kilka dni w domu. Dnia 16.XI. przewieziono go do szpitala, a chirurg, który go operował, rozpoznał przepuklinę pachwinową skośną wielkości orzecha włoskiego uwięźniętą; stan chorego w chwili przyjęcia do szpitala był bardzo ciężki, zgon nastąpił w dniu 18.XI. 1931. Sąd przyjął związek z wypadkiem.

Związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy nieuzasadniony.

Przypadek 4. (Cu 132/32): W. T.. lat 23, robotnik dzienny, uczuł przy dźwignięciu progu kolejowego, ból w obu pachwinach, pracy jednak nie przerwał ani nikomu o tem nie wspominał, gdyż „nie wiedział"

iż doznał przepukliny. Do lekarza zgłosił się 14-tego dnia po wypadku. W karcie chorobowej powoda zanotowano: przepuklina pachwinowa prawostronna odprowadzalna wielkości jaja kurzego, po stronie lewej kanał pachwinowy otwarty przepuszcza 2 palce. Wezwany przez Sąd do wydania opinji nie przyjąłem związku przyczynowego z wypadkiem przy pracy i taki zapadł wyrok.

Przypadek 5. (Cu 749/31): J. G., lat 49, pracownik zakładów górniczych, uderzony w kark upadł na ziemię i potłukł się przyczem miał doznać przepukliny wielkości dużej pomarańczy, bez jakichkolwiek objawów otrzewnowych. Dr. K. przyjął związek przyczynowy przepukliny z wypadkiem przy pracy. Sąd nie przychylił się do opinji biegłego i oddalił powoda z żądaniem przyznania mu renty.

Przypadek 6. (Cu 444/32): M. S., lat 67, robotnik dzienny, podał w skardze, że w listopadzie 1931 r., przy dźwiganiu balów skór, nabawił się przepukliny i natychmiast po wypadku zgłosił się do lekarza. Lekarz, który wówczas badał powoda zeznał, że jeszcze przed listopadem 1931 r. stwierdził u poszkodowanego obustronną przepuklinę dużych rozmiarów. Zawezwany biegły Dr. B. potwierdził istnienie obu przepuklin znacznych rozmiarów (po stronie prawej wielkości dwóch pięści, a po lewej dużej pomarańczy) jednak nie mógł się oświadczyć, czy zachodzi związek przyczynowy z podanym w doniesieniu wypadkiem. Sąd oddalił powoda.

Przypadek 7. (Cu 60/33): M. Z., lat 46. robotnik sezonowy, wniósł po stracie pracy skargę, że w czasie dźwigania szyn kolejowych uczuł pewnego dnia, iż coś mu trzasło przyczem „nabawił się" przepukliny. Pracował po wypadku przez 6 tygodni. W karcie badania perjodycznego, przeprowadzonego w miesiąc przed wypadkiem zanotowano: obustronna przepuklina pachwinowa, mająca tendencję do powiększania się. Biegły Dr. X. wydał w Sądzie następującą opinję: „Na podstawie dzisiejszego badania, zeznań świadków i powoda stwierdzam, iż badany okazujący skłonności do przepuklin, nabawił się jej nagle wśród ciężkiej pracy i dlatego przepuklinę tą uważać należy jako urazową, pozostającą w bezpośrednim związku przyczynowym ze znacznym wysiłkiem fizycznym podczas podnoszenia szyn. Badany doznał stałego upośledzenia zdolności do pracy w wysokości 40%". Wezwany jako znawca nie przyjąłem związku przyczynowego z wypadkiem przy pracy i taki zapadł wyrok.

Przypadek 8. (Cu 245/34): T. M., lat 31. robotnik fizyczny. pracował przy popychniu wózków od r. 1927. W lutym 1930 począł odczuwać bóle w prawej pachwinie. a lekarz stwierdził wówczas przepuklinę i przepisał opaskę. Powód zaprzestał nosić po roku opaski gdyż — jak twierdzi — nie miał już przepukliny. Dnia 19 grudnia 1932, zauważył poszkodowany w prawej pachwinie niebolesną gulkę wielkości śliwki;

pracy nie przerwał. W r. 1933 wytworzyła się u powoda przepuklina i po stronie lewej. Biegły Dr. G. stwierdził: rozszerzenie kanału pachwinowego po stronie prawej przepuszczające 1½ palca (o pachwinie lewej nie ma wzmianki), i przyjął związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy, oraz niezdolność do zarobkowania w wysokości 25%. Wezwany do wydania opinji, nie przyjąłem związku przyczynowego z wypadkiem przy pracy i taki zapadł wyrok.

P r z y p a d e k 9. (Cu 608/34): M. B., lat 42, robotnik tartaczny, przechodząc przez nagromadzone w większych ilościach odpadki drzewne, potknął się i spowodował pęknięcie jednej z cienkich łat drzewnych, która przytem uderzyła powoda w brzuch. Na skutek tego uderzenia miała wystąpić przepuklina pachwinowa wielkości jaja gęsiego. Poszkodowany pracy nie przerwał; przed wypadkiem leczył się na rozmaite dolegliwości, a w karcie chorobowej zanotowano następujące rozpoznania: gastritis chr., obstipatio, pleuritis, phtisis pulm., enteroptosis, wkońcu 17-tego dnia po wypadku hernia inq. sin. Choremu przepisano opaskę, uznając go za zdolnego do pracy. Zakład nie przyjął związku przyczynowego z wypadkiem. Znawca Dr. K. wydał w Sądzie następującą opinję (podaję w skróceniu): „.....wypuklenie kanału pachwinonowego po stronie lewej, po obu stronach kanały pachwinowe otwarte; przepuklina łatwo odprowadzalna. Jestem zdania, że przepuklina była świeża i w każdym razie nie była wrodzona, gdyż badany przy odprowadzeniu czuł ból, wobec tego mogę przyjąć, że przepuklina była urazowa". Wezwany jako biegły, nie przyjąłem związku przyczynowego owej przepukliny z wypadkiem przy pracy i taki zapadł wyrok.

P r z y p a d e k 10. (Cu 116/31): F. J., lat 40, prywatny urzędnik manipulacyjny, pośliznął się przy spisywaniu kloców, upadł na wznak i uszkodził sobie kręgosłup. Dr. B., który leczył powoda, podał w orzeczeniu, iż poszkodowany nigdy poprzednio nie uskarżał się na przepuklinę, zatem przepuklina pachwinowa, którą zauważył dopiero w rekonwalescencji (14-tego dnia po urazie) powstała z wypadku. Biegły Dr. P. wydał następującą opinję: „Obecnie nie stwierdza się żadnych zmian w kręgosłupie, tylko przepuklinę pachwinową lewostronną wielkości cytryny. Ponieważ kontuzja jakiej powód doznał — sądząc po długości trwania choroby (28 dni) — musiała być silną i przy upadku na wznak połączona z nadwerężeniem ściany brzusznej, przyjmuję, że przepuklina, która już prawdopodobnie istniała przedtem przybrała na rozmiarach powodując tem samem silniejsze dolegliwości". Sąd na podstawie takich opinij, przyjął związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy.

Opisane przypadki ilustrują, jak niejednokrotnie bezkrytycznie wydają opinje lekarze i tak w przypadku 7-mym mimo protokólarnego stwierdzenia przepukliny u powoda, jeszcze przed wypadkiem, przyjął

znawca nagłe jej powstanie, w następstwie wypadku przy pracy. Podobne okoliczności miały miejsce i w przypadku 6-tym a jednak biegły nie mógł się zdobyć na stanowczą opinję; uczynili to sędziowie (nie lekarze) oddalając słusznie powoda z żądaniem przyznania mu renty. W przypadku 9-tym, powód naiwnie tłumaczy, nagłe powstanie przepukliny pachwinowej tak znacznych rozmiarów; jasnem jest, że siła uderzenia cienkiej łaty drewnianej wprowadzonej w ruch przez nastąpienie jej stopą ludzką, była niewątpliwie nieznaczna, przeto uraz ten nie mógł spowodować przepukliny. Dr. K. przyjął związek przyczynowy z opisanym wypadkiem, a nawet wykluczył wrodzone pochodzenie tej przepukliny i to wyłącznie na podstawie bólu, który z łatwością może być symulowany, zatem dla przedmiotowej oceny jest w zasadzie bez znaczenia. Podobnie przedstawiała się sprawa w przypadku 5-tym. Uraz w kark nie mógł spowodować przepukliny, a duże jej rozmiary, stwierdzone bezpośrednio po wypadku dowodzą niezbicie, że istniała już u powoda dłuższy czas przed wypadkiem. Przypadek 8-my mógłby posłużyć za klasyczny przykład, samoistnie powstałej przepukliny pachwinowej obustronnej. (W danym przypadku ciężka praca fizyczna, mogła istotnie wpłynąć decydująco na rozwój obu przepuklin u osobnika ku temu predysponowanemu; jednak przepukliny rozwijające się z biegiem lat, nie mogą być zaliczane do wypadkowych). Po stronie prawej miało nastąpić — jak powód zeznał — czasowe wyleczenie, co jest wiarygodne, ponieważ znane są przypadki względnego wyleczenia przy przepuklinach małych rozmiarów (Bier, Moorhead i inni). W przypadku 4-tym powód pracy nie przerwał mimo wytworzenia się, rzekomo z podźwignięcia, obustronnej przepukliny, co jest dostatecznym dowodem samoistnego pochodzenia tego cierpienia. Nagłe powstanie obustronnej przepukliny, bez ciężkich łatwo stwierdzanych objawów otrzewnowych, jest wykluczone. Wkońcu w przypadku 10-tym (upadek na wznak) zauważył lekarz, który miał w opiece chorego, istnienie przepukliny pachwinowej dopiero w okresie powrotu do zdrowia (zapewne poprzednio nie badał dokładnie swego pacjenta) i na tej podstawie ustalił powstanie przepukliny w następstwie wypadku.

II. Przepuklina pachwinowa prosta.

Przepukliny pachwinowe proste (przyśrodkowe), przechodzące przez pierścień zewnętrzny kanału pachwinowego, mogą być tylko nabyte i powstają zazwyczaj w następstwie zwiotczenia powłok brzusznych lub ich zaniku (w starości); rozwijają się powoli, często obustronnie. pod wpływem długotrwałego działania tłoczni brzusznej (ciężka praca fizyczna, uporczywy kaszel, przy przewlekłych nieżytach dróg oddechowych, utrudnienie oddawania moczu lub kału). Przepukliny te nie ulegają za-

zwyczaj uwięźnięciu i występują najczęściej po 40 r. życia. W orzecznictwie wypadkowem, są bez znaczenia wobec ich samoistnego i powolnego powstawania.

III. Przepuklina udowa.

Chcąc zrozumieć w jaki sposób trzewia jamy brzusznej mogą przedostać się do t. zw. dołu biodrowołonowego, dając tem samem przepuklinę udową, musimy sobie odtworzyć ułożenie części miękich, zawartych w przestrzeni pomiędzy więzadłem pachwinowem a kością miedniczą, t. j. w tej części, która tworzy ścianę, oddzielającą dół biodrowołonowy od jamy brzusznej. Przestrzeń tę dzieli więzadło biodrowołonowe na część boczną (rozstęp mięśni) i część przyśrodkową (rozstęp naczyń). Rozstęp mięśni wypełnia szczelnie mięsień lędźwiowobiodrowy i nerw udowy. Rozstęp naczyń (ograniczony przyśrodkową częścią więzadła pachwinowego, więzadłem łonopachwinowem, grzebieniem kości łonowej i więzadłem biodrowołonowem) wypełniają w części bocznej naczynia. Pozostała niewielka przestrzeń przyśrodkowa, jest chroniona tylko przez otrzewną i cienką warstwę tkanki łącznej (przedłużenie poprzecznej powięzi brzucha); tu najczęściej wytwarzają się wrota dla przepukliny udowej. Przepuklina udowa w miarę wzrastania, opuszcza się ku dołowi i przez otwór owalny w powięzi szerokiej (pierścień podskórny kanału przepukliny) przedostaje się pod skórę, wypuklając podatną powięź sitową zamykającą otwór owalny.

Przepukliny udowe są zawsze nabyte, zazwyczaj małych rozmiarów, najczęściej tworzą się samoistnie, przyczem czynnikiem sprzyjającym może być długotrwałe wyciągowe leczenie złamań kości udowej, czasami wrodzone lub nawykowe zwichnięcie w stawie biodrowym (N a r a t h). Przepukliny udowe spotykamy częściej u kobiet. Według statystyki, podanej przez B e r g e r a, było wśród mężczyzn chorych na przepukliny 5,6% z przepukliną udową, natomiast wśród kobiet 32,7%. Cierpienie to przebiega często bez żadnych dolegliwości; skłonności do uwięźnięcia są nie tak rzadkie.

W następstwie urazu pośredniego np. dźwignięcia ciężaru, może u osobnika obciążonego skłonnościami, wytworzyć się nagle przepuklina udowa śródkanałowa. W ten sposób powstała przepuklina jest małych rozmiarów i ulega uwięźnięciu. Nagłemu wytworzeniu się przepukliny udowej śródkanałowej, towarzyszy gwałtowny ból i objawy otrzewnowe zmuszające poszkodowanego do natychmiastowego zaniechania pracy fizycznej. Ujawnienie przepukliny udowej może się dokonać bez objawów otrzewnowych, wobec stosunkowo znacznych rozmiarów otworu owalnego, jednak po odpowiedniem wydłużeniu i zwiotczeniu otrzewnej.

Wskutek pewnych zmian chorobowych, lub w następstwie urazów bezpośrednich w okolicę biodrowołonową, mogą się wytworzyć bardzo

podatne warunki dla przepukliny udowej. Ujawnienie takiej przepukliny następuje po pewnym czasie t. j. po przystosowaniu się otrzewnej do zmienionych warunków.

Za wypadkowem powstaniem przepukliny udowej, przemawia uwięźnięcie przy małych jej rozmiarach, natomiast bezwzględnie przeciw jej pochodzeniu z wypadku dowodzi nieodprowadzalność bez objawów uwięźnięcia. Przypadki wątpliwe może wyjaśnić zabieg operacyjny.

W lwowskim Sądzie rozjemczym rozpatrywano w okresie od 1931 do 1934 r. tylko dwa przypadki przepuklin udowych, które w skróceniu przytaczam:

P r z y p a d e k 1. (Cu 567/31): E. S., lat 31, robotnik dzienny, pośliznął się podczas taczkowania w dniu 29.I.1931 r., przyczem upadł i uderzył się powyżej biodra o rękojeść taczki; pracę przerwał natychmiast a wróciwszy do domu zauważył w prawej pachwinie „gulę" wielkości jaja kurzego. Dnia następnego powód podwiązał sobie brzuch i pracował dalej bez przerwy do dnia 10.II. 1931, w którym to dniu zgłosił się do lekarza a ten rozpoznał przepuklinę pachwinową prostą i skierował chorego do szpitala. Chirurg, który operował powoda, stwierdził przepuklinę udową. Zakład nie przyjął związku przyczynowego z wypadkiem przy pracy. Sąd na podstawie przychylnej dla powoda opinji biegłego, przyznał rentę.

P r z y p a d e k 2. (Cu 563/34): J. Ż., lat 31, fornal, uległ w dniu 24.VI. 1932 wypadkowi w ten sposób, że przy dźwignięciu beczki z wodą, poczuł ból w prawej pachwinie. Dnia następnego badał powoda chirurg a zarazem jego chlebodawca i stwierdziwszy przepuklinę udową prawostronną odprowadzalną wielkości jaja kurzego, skierował chorego w dniu 26.VI. do szpitala, gdzie przeprowadzono operację. Jako komplikacja wystąpiło u chorego obustronne odoskrzelowe zapalenie płuc, a proces gojenia się rany pooperacyjnej postępował powoli jednakże bez ropienia. Dnia 20.VII. zanotowano w karcie chorobowej: rana zgojona, obrzęk i bolesność w stawie biodrowym prawym, temp. ciała 37°. Stan podgorączkowy utrzymywał się w dalszym ciągu, a powód opuścił szpital w dniu 6.IX. 1932 r. z rozpoznaniem: coxitis dextra susp. tbc. Ponieważ chory miewał przy chodzeniu bóle w stawie biodrowym, skierowano go w dniu 7.I. 1933 ponownie do szpitala, gdzie stwierdzono: skrócenie kończyny dolnej prawej o 5 cm., zniekształcenie i przesunięcie główki kości udowej o całą jej szerokość ku górze, wytworzenie się nowej panewki stawowej połączonej z pierwotną, która uległa przypłaszczeniu, gorszą wapienność główki kości udowej i nierówną powierzchnię stawową. Ustalono rozpoznanie: arthritis deformans: przeprowadzono operację plastyczną a ranę zaszyto na głucho. Zakład przyjął związek przyczynowy przepukliny udowej z wypadkiem przy pracy, a zapalenie

stawu biodrowego jako komplikację i przyznał 50% renty. Sąd na podstawie opinji biegłego procentu niezdolności nie podwyższył.

W przypadku pierwszym przyjęcie związku przyczynowego przepukliny udowej z wypadkiem przy pracy było — mojem zdaniem — nieuzasadnione wobec dużych rozmiarów przepukliny bez objawów otrzewnowych. W przypadku drugim, schorzenie stawu biodrowego musiało istnieć u powoda dłuższy czas przed wypadkiem, za czem przemawiają daleko posunięte zmiany destruktywne, stwierdzone w stawie biodrowym w dniu 6.IX. 1932, przy przewlekłych cechach schorzenia. Przepuklina udowa powstała niewątpliwie przed wspomnianym wypadkiem, może w związku z nieprawidłowem rozmieszczeniem mięśni kłębu prawego w następstwie przesunięcia się główki kości udowej, podobnie jak to się zdarza przy wrodzonych zwichnięciach. Za samoistnem powstaniem przepukliny udowej u powoda przemawiają: duże jej rozmiary w chwili ujawnienia się bez objawów otrzewnowych. W danym przypadku należało przyjąć pogorszenie schorzenia stawu biodrowego, w następstwie dźwignięcia ciężaru.

Hertmann opisał następujący przypadek przepukliny udowej w następstwie wypadku: Pewna kobieta upadła na beczkę, doznając przytem rozległego wylewu krwawego w okolicy pachwiny. Badanie poszkodowanej, przeprowadzone przez lekarza w 2 lata po wypadku, wykazało: przepuklinę udową. W czasie operacji zauważono na szczycie owej przepukliny odłamek kości łonowej (3½ cm. długości, a około 1 cm. grubości), przemieszczony przez przytwierdzone do odłamka włókna mięsne.

IV. Przepuklina pępkowa.

Przepukliny pępkowe mogą być wrodzone (przep. pępowinowe) lub nabyte (właściwe pępkowe). Nieprawidłowe zabliźnienie pępka, jest najczęstszą przyczyną nabytej przepukliny (Deschin), przyczem ujawnienie jej następuje zazwyczaj już u osesków pod wpływem czynników fizjologicznych (płacz, kaszel, wypróżnienia). Przepukliny pępkowe wytwarzają się i u dorosłych, w następstwie przetłuszczenia powłok brzusznych, puchliny i zmian chorobowych w okolicy pępka; występują one częściej u kobiet, przyczem wielokrotna ciąża odgrywa niepoślednią rolę. Rozmiary przepukliny pępkowej, mogą być znaczne, o dużym pierścieniu; u dzieci i osobników młodych są zazwyczaj małe. Worek przepuklinowy wypełnia krezka, jelito grube rzadziej cienkie lub więzadło obłe wątroby (Moure, Rene). Procesy zapalne zdarzają się w tych przepuklinach często stąd zrosty i uwięźnięcia.

Uraz bezpośredni, może spowodować tylko wyjątkowo przepuklinę pępkową, przyczem objawy otrzewnowe towarzyszą stale tym ciężkim obrażeniom ciała. W lwowskim Sądzie rozjemczym rozpatrywany był

w okresie od 1931 do 1934 tylko jeden przypadek przepukliny pępkowej, który w streszczeniu podaję (Cu 290/32):

W. R., lat 36, robotnik lasowy, uległ wypadkowi w ten sposób, że niosąc drzewo potknął się, upadł i potłukł sobie — jak się wyraził — żołądek. Na skutek tego urazu miała wystąpić przepuklina pępkowa. Dnia 9-tego po wypadku zgłosił się powód do szpitala, gdzie oprócz pępkowej stwierdzono przepuklinę pachwinową lewostronną. Poszkodowany przesłuchany w Sądzie zmienił zeznania podane w protokóle, w tym kierunku, że do szpitala zgłosił się bezpośrednio po wypadku. Świadkowie nie potwierdzili wypadku, a powód sam odmówił złożenia przysięgi na prawdziwość swych zeznań. Sąd oddalił powoda.

V. Przepuklina nadbrzuszna.

Przepukliny nadbrzuszne (w smudze białej powyżej pępka) są zazwyczaj małych rozmiarów i mogą powstać w następstwie bujania tkanki tłuszczowej przyotrzewnowej (Rosner). Deschin rozróżnia dwa typy budowy smugi białej: o włóknach ściśle przylegających i włóknach o luźnem utkaniu. Ten drugi typ budowy smugi białej, stwarza podatne warunki do powstania przepukliny. Chorzy na przepuklinę nadbrzuszną skarżą się często na objawy chorobowe, jakie spotykamy przy schorzeniach przewodu pokarmowego. Dokładnie przeprowadzone badanie wykazuje niejednokrotnie chorobę żołądka lub jelit niezależnie od przepukliny. Przepukliny w smudze białej nie mogą powstać nagle z podźwignięcia (Koenig), natomiast zdarzyć się mogą wskutek zadziałania urazu bezpośredniego, powodującego uszkodzenie tkanek, przyczem stwierdzenie takiej przepukliny jest możliwe zazwyczaj po pewnym czasie. Obrażeniom takim towarzyszą objawy otrzewnowe uniemożliwiające wykonywanie pracy fizycznej.

W lwowskim Sądzie rozjemczym rozpatrywano w okresie od 1931 do 1934 pięć przypadków przepuklin nadbrzusznych. W jednym z tych przypadków, był to tylko rozstęp mięśni prostych, w dwóch dalszych, były to przepukliny mieszane (pachwinowe i nadbrzuszne), a jeden z pozostałych (Cu 564/31) podaje w streszczeniu:

Pewien robotnik niekwalifikowany, lat 32, uczuł ból w brzuchu przy dźwignięciu ciężaru wskutek czego był „zmęczony"; pracy jednak nie przerwał. W miesiąc po wypadku leczył się ambulatoryjnie, a lekarz zauważywszy po pewnym czasie przepuklinę żołądkową skierował powoda na operację do szpitala, w przekonaniu, że dolegliwości na które się uskarża chory odnieść należy do owej przepukliny. W szpitalu rozpoznano wrzód żołądka. W czasie prześwietlenia promieniami Rentgena chory umiejscowił uczucie bólu zdala od przepukliny, a ściśle w okolicy wrzodu. Zakład odmówił renty. Sąd na podstawie przychylnej dla po-

woda opinji znawcy przyjął związek przyczynowy, owej przepukliny z podanym w doniesieniu wypadkiem przy pracy.

VI Typowe przepukliny urazowe.

(Przepukliny o umiejscowieniu zależnem od miejsca zadziałania urazu bezpośredniego).

Do typowych przepuklin w następstwie wypadku należą te, które powstają w następstwie bezpośredniego zadziałania urazu w ścianę brzuszną lub jej sąsiedztwo. Taka przepuklina może się wytworzyć w każdem miejscu ściany brzusznej; zdarza się często w bliźnie pourazowej, a rozmiary jej są zależne od powstałych uszkodzeń — mogą być zatem wielkie.

Kaufmann, opierając się na przypadkach opublikowanych przez Linigera, zwraca uwagę — przy ocenie przepuklin w następstwie bezpośredniego urazu — na następujące cechy rozpoznawcze:

1) stwierdzenie ograniczonego uszkodzenia powłok brzusznych (wylew krwawy, obrzęk) w miejscu zadziałania urazu.

2) natychmiastowe zaniechanie pracy fizycznej przez poszkodowanego wobec ciężkich objawów chorobowych jakie towarzyszą takim obrażeniom.

3) rozpoznanie tego rodzaju przepuklin bezpośrednio po wypadku jest niemożliwe.

W lwowskim Sądzie rozjemczym rozpatrywano od r. 1931 do 1934 dwa przypadki typowych przepuklin, w następstwie bezpośredniego urazu:

Przypadek 1. (Cu 341/33): H. S., lat 21, robotnik dzienny, doznał podczas pracy przebicia ściany brzusznej powyżej pępka. Operację przeprowadzono wkrótce po wypadku. Po pewnym czasie stwierdzono u powoda przepuklinę małych rozmiarów w bliźnie pooperacyjnej. Zakład przyznał 15% renty. Sąd oddalił powoda z żądaniem podwyższenia procentu niezdolności do pracy.

Przypadek 2. (Cu 238/34): F. S., lat 43, fornal, kopnięty przez konia w brzuch, stracił na chwilę przytomność, a przewieziony niezwłocznie do szpitala poddał się operacji, przyczem stwierdzono pęknięcie jelita cienkiego. Badanie lekarskie przeprowadzone po wyleczeniu, wykazało pod blizną pooperacyjną kolisty rozstęp mięśni o średnicy 18 cm. i w tem miejscu przepuklinę wielkości główki dziecka. Sąd na podstawie opinji biegłego, przyjął niezdolność do pracy u powoda w wysokości $83^1/_3$%.

VII. Inne rzadko spotykane przepukliny.

Przepukliny mogą wystąpić i w innych miejscach t. zw. słabszych, np. w okolicy lędźwiowej, kulszowej, zasłonowej, międzykrocza i w linji półksiężycowatej. Przepukliny te zdarzają się wyjątkowo, zazwyczaj w następstwie chorób ogólnych, lub dotyczących ściany brzusznej, a także w następstwie urazów bezpośrednich (złamanie miednicy, uszkodzenie wewnętrznych warstw powłok brzusznych), przyczem objawy chorobowe są aż nadto łatwo stwierdzalne.

Wkońcu nadmienić muszę, iż zdarzały się wypadki sztucznie wywołanych przepuklin pachwinowych (w orzecznictwie wypadkowem nie notowane). Wykonywali je „specjaliści" na terenie dawnej Rosji w celu zwolnienia swych „pacjentów" od służby wojskowej. Laskownicki, omawiając kilka takich przypadków, podaje następujące cechy rozpoznawcze dla przepuklin sztucznie wywołanych: Nieproporcjonalnie duże wrota, zbyt łatwe wypadanie i cofanie się, kierunek kanału bardziej ku podstawie prącia, a nie wzdłuż powrózka nasiennego, niewyczuwanie rozdartego przez zabieg pierścienia zewnętrznego. W niektórych jednak przypadkach może wyjaśnić tylko zabieg operacyjny sztuczne pochodzenie przepukliny (zmiany antomiczne na mięśniach ograniczających wrota).

VIII. Przepukliny wewnętrzne.

Przepukliny wewnętrzne (w uchyłkach otrzewnowych lub przeponowe), powstają na tle wad rozwojowych, lub wyjątkowo w następstwie procesów chorobowych względnie bezpośredniego uszkodzenia. Przy przepuklinach wewnętrznych urazowego pochodzenia są objawy chorobowe zawsze ciężkie łatwo stwierdzalne.

Rozpoznanie przepukliny zewnętrznej jest łatwe a tylko wyjątkowo, przy przepuklinach nieodprowadzalnych lub częściowo odprowadzalnych, mogą zdarzyć się warunki, utrudniające ustalenie schorzenia. Jak niejednokrotnie niedokładnie przeprowadzają badania lekarze w schorzeniach przepuklin, nawet lekarze szpitalni na oddziałach chirurgicznych, ilustruje następujący przypadek (Cu 652/31): O. C., lat 30, robotnik lasowy, uległ w r. 1929 wypadkowi w ten sposób, że staczające się drzewo uderzyło go swym cienkim końcem w brzuch. Powód stracił na chwilę przytomność, wymiotował i został przewieziony natychmiast do szpitala. W karcie chorobowej zanotowano: brzuch w dolnej połowie poniżej pępka nieco rozdęty, przy ruchach oddechowych nieruchomy, przy obmacywaniu silna bolesność, zwłaszcza w dolnej części (défense musculaire). Powód przebywał w leczeniu szpitalnem przez 9 dni, poczem

leczył się ambulatoryjnie przez 6 tygodni. Zakład przyznał powodowi 15% renty. Poszkodowany zaskarżył rezolucję Zakładu, domagając się wyższej renty i dołączył świadectwo wydane prywatnie przez Dr. C. następującej treści: „Obecnie stwierdzam u poszkodowanego w linji środkowej brzucha 3 palce powyżej pępka, przepuklinę nadbrzuszną (h. epigastrica), która czyni poszkodowanego 40% niezdolnym do pracy. Ponieważ poszkodowany ma z natury dobre mięśnie, jest wykluczonem, aby hernia owa powstała spontanicznie, lecz jest pewnem, że pozostaje ona w przyczynowym związku z wypadkiem z r. 1929". Biegły, Dr. E., wydał w Sądzie następującą opinję: „W linji środkowej około 3 palce powyżej pępka, zgrubienie tkanki wielkości fasolki siedzącej na mięśniu. Okolica żołądka, przy obmacywaniu niebolesna, natomiast stwierdza się przepuklinę pachwinową po stronie prawej wielkości jaja kurzego. Przepuklina wyż. wspomniana, mimo, że niema wzmianki o jej istnieniu w historji choroby, pochodzi i została spowodowana urazem; dowodzi tego wzmianka z historji choroby o wzdętym brzuchu, bolesności i défence musculaire. Lekarz nie będąc w możności badać dokładnie dolnej części brzucha, nie mógł też wtedy żadnej przepukliny stwierdzić. Przepuklina ta, która przed wypadkiem nie istniała u powoda, może być tylko spowodowana doznanym urazem w r. 1929".

W powyższym przypadku stwierdził Dr. C. przepuklinę nadbrzuszną i wobec silnej muskulatury wykluczył samoistne jej powstanie, zaś Dr. E. wykluczył jej istnienie, natomiast stwierdził przepuklinę pachwinową; w odpisie karty chorobowej ze szpitala brak wzmianki o przepuklinach. Na podstawie aktów należałoby przyjąć, że powód doznał uszkodzenia ściany brzusznej (mógł to być wylew krwawy podotrzewnowy), w każdym razie powyżej pachwiny i poniżej pępka po stronie prawej. Przepuklina nadbrzuszna — jeżeli istotnie istniała u powoda — nie mogła powstać w następstwie wspomnianego wypadku, przyczem silna muskulatura nie może być dowodem wypadkowego jej pochodzenia, pozatem tak wysoka ocena (40%) niezdolności do pracy nie jest niczem uzasadniona. Przepuklina pachwinowa istniała niewątpliwie u powoda już przed wypadkiem.

— — — — —

W lwowskim Sądzie rozjemczym w okresie czteroletnim (1931—1934) rozpatrywano 89 przypadków przepuklin na 3.759 wszystkich spraw spornych. Załączona poniżej tabela przedstawia w zestawieniu statystycznem przypadki przepuklin z powyższego okresu:

Dla uzupełnienia powyższej tabeli podaję, że wszystkie rozpatrywane przypadki dotyczyły osób płci męskiej, co tłumaczyć należy tem, że kobiety zatrudniane są zazwyczaj przy lżejszych pracach fizycznych, a wyjątkowo tylko w takich warunkach, które uzasadniałyby ewentualne

wniesienie skargi, przyczem i wstyd przed ujawnieniem kalectwa odgrywa niepoślednią rolę.

Najmłodszy z poszkodowanych liczył w chwili wypadku lat 17, a najstarszy lat 70. Największy procent chorych, którzy wnieśli w tym okresie skargi do sądu, przypada na wiek od 25 do 45 lat. Są to lata w których mężczyźni są chętnie przyjmowani do najcięższych robót, nic więc dziwnego, że w wielu przypadkach mogła — wskutek długotrwałej ciężkiej pracy fizycznej — ujawnić się istniejąca już w stopniu nieznacznym przepuklina, lub wytworzyć się zczasem u osobników ku temu dysponowanych. Tak powstałe przepukliny nie mogą być jednak zaliczone do wypadkowych, jeżeli ich powstanie, lub pogorszenie nie spowodował wypadek w rozumieniu ustawy. Przepukliny w ten sposób powstałe należałoby podporządkować pod choroby zawodowe. (Ustawa o ubezpieczeniu społecznem nie zalicza przepuklin do chorób zawodowych, podlegających ubezpieczeniu).

Rok	Ilość spraw		Powoda					Przyczyna wypadku					Przerwał pracę po wypadku				Rodzaj przepukliny								Wielkość przepukliny po wypadku			uwięźnięcie	zgon	Związek przyczynowy z wypadkiem przyjęty przez	
			wiek			zawód				uraz w				do dni			pachwinowa			pachwinowa i											
	Ogółem	w tem przepuklin	do lat 30	do lat 50	50 powyżej	kwalifikowany prac. fiz.	niekwalifik. prac. fiz.	dźwignięcie ciężaru	poślizgnięcie się i upadek	brzuch	inną część ciała	inne	natychmiast	3	14	w czasie późniejszym	prawa	lewa	obustronna	pępkowa	nadbrzuszna	nadbrzuszna	udowa	inne	mała	wielka	niepodano			zakład ubezp. od wyp.	sąd
1931	819	15	7	6	2	3	12	9	3	2	1	.	6	1	3	5	6	3	3	.	.	2	1	.	1	5	9	2	.	6	11
1932	1019	26	5	17	4	9	17	18	4	2	.	2	5	3	8	10	11	3	10	1	1	.	.	.	1	9	16	2	1	4	11
1933	1025	22	8	11	3	6	16	14	5	1	1	1	3	6	5	8	7	4	8	1	1	.	.	1	3	7	12	.	.	3	7
1934	896	26	8	11	7	3	23	17	5	2	.	2	5	7	3	11	6	4	13	.	.	1	1	1	2	9	15	.	.	6	9
Razem	3759	89	28	45	16	21	68	58	17	7	2	5	19	17	19	34	30	14	34	2	2	3	2	2	7	30	52	4	1	19	38

Poszkodowani byli to przeważnie pracownicy fizyczni niekwalifikowani, a mian.: robotnicy kolejowi, lasowi, rolni, drogowi, tartaczni, dalej pracownicy zajęci w kopalniach, kamieniołomach, wkońcu numerowi

i stróże. Z pracowników fizycznych kwalifikowanych wnieśli skargi monterzy, kowale, górnicy, ślusarze, motorowi, pozatem jeden cukiernik i jeden urzędnik prywatny.

Większość poszkodowanych podała, jako przyczynę wypadku dźwignięcie ciężaru, niektórzy z tych nie mogli ściśle określić ani czasu, ani okoliczności, towarzyszących rzekomemu wypadkowi; podając że zachorowali wskutek ciężkiej pracy, sami ustalili zawodowe a nie wypadkowe pochodzenie swej przepukliny. W rubryce „inne" umieściłem pięciu poszkodowanych, z których dwuch podało jako przyczynę wypadku przygniecenie, jeden przysypanie ziemią, a z pozostałych dwuch — jak wykazały dochodzenia — jeden zgłosił się do pracy już z objawami uwięźnięcia, natomiast u drugiego nastąpiło ujawnienie przepukliny bezpośrednio po wypróżnieniu.

Poszkodowani określali swe dolegliwości, spowodowane wypadkiem przy pracy, najczęściej ogólnie jako ból w brzuchu, niektórzy jako ból, trzaśnięcie lub ukłucie w miejscu przepukliny, byli i tacy, którzy oświadczyli, iż początkowo żadnych dolegliwości po wypadku nie mieli i tem tłumaczyli nie przerwanie pracy. Widocznem jest, że już wywiady, należycie zebrane, mogą wykazać w pewnych przypadkach samoistne pochodzenie przepukliny, tymczasem w wielu aktach brak było danych w tym kierunku.

Jak wynika z powyższej tabeli, 19-tu poszkodowanych przerwało pracę natychmiast po wypadku. Cyfra ta jest niewątpliwie wyższa niż w rzeczywistości, ponieważ niektórzy z tych poszkodowanych nie mogli poprzeć swych zeznań świadkami, co mimowoli nasunąć musi pewne zastrzeżenia. Sąd przyjął w 14-tu z tych przypadków związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy, natomiast w 5-ciu odmówił. W 34 przypadkach poszkodowani pracy nie przerwali po wypadku, niektórzy z tych zgłosili wypadek po kilku miesiącach, już po stracie pracy, inni po kilku tygodniach. Szczegół ten przemawia dostatecznie za samoistnem pochodzeniem przepukliny, nie mniej jednak w 6-ciu przypadkach Sąd przyjął związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy, opierając się na przychylnej dla powodów opinji biegłych.

Na 89 skarg wniesionych przez chorych na przepukliny w 82 stwierdzono przepukliny pachwinowe (w tem 4 mieszane), a w pozostałych przypadkach 2 nadbrzuszne, 2 udowe, 2 w bliźnie pooperacyjnej i w 1 rozstęp mięśni brzusznych.

Stwierdzenie i zaprotokułowanie rozmiarów przepukliny, możliwie najwcześniej po wypadku, należy do podstawowych zadań lekarza, wydającego opinję. Niestety, w większości przypadków (bo w 52) nie było w aktach żadnej wzmianki o wielkości przepukliny. mimo że w wielu z tych znalazłem opinje i kilku lekarzy.

Uwięźnięcie przepukliny zanotowano w 4 przypadkach, w jednym z tych Sąd nie przyjął związku przyczynowego z wypadkiem przy pracy, ponieważ powód po wypadku pracy nie przerwał, a uwięźnięcie nastąpiło w mieszkaniu powoda w kilka godzin po ukończeniu pracy dziennej, pozatem wypadek (dźwignięcie większego naczynia) polegał na wykonaniu czynności, które zwykłbył powód wykonywać niemal codziennie, wkońcu przepuklina w chwili uwięźnięcia była dużych rozmiarów. W pozostałych 3 przypadkach Sąd przyjął związek przyczynowy z wypadkiem przy pracy; wszyscy ci poszkodowani poddali się operacji, jeden bezpośrednio po wypadku, drugi po kilkunastu godzinach, trzeci po kilku dniach (ten ostatni zmarł spowodu zbyt późnego zgłoszenia się do szpitala).

—————

Przy ocenie przepuklin urazowych, w następstwie wypadku przy pracy należy zwrócić szczególną uwagę na: moment wywoławczy, objawy początkowe, ewentualne odchylenia w budowie ciała badanego i na zmiany anatomiczne w przepuklinie lub jej sąsiedztwie. W sprawozdaniu lekarskiem powinien znawca dać wyczerpującą odpowiedź na następujące pytania:

W wywiadach:

1) jaki zdarzył się wypadek (czy był to uraz bezpośredni, czy pośredni, jak wysiłek fizyczny w warunkach dla pracownika niekorzystnych, lub dźwignięcie niezwykle ciężkiego przedmiotu, czy potknięcie się lub upadek);
2) jakie objawy chorobowe wystąpiły bezpośrednio po wypadku;
3) czy badany przerwał pracę natychmiast po doznanym urazie.

W opisie przedmiotowym:

1) rodzaj i cechy przepukliny (jej wielkość, odprowadzalność, drożność pierścienia, przebieg kanału, cechy worka przepuklinowego i jego zawartości);
2) budowę anatomiczną badanego, ewentualne zmiany chorobowe w narządach jamy brzusznej lub w ścianie brzucha, względnie inne zmiany chorobowe lub fizjologiczne, które mogłyby wyjaśnić pochodzenie cierpienia.

W opinji:

1) czy podany w doniesieniu wypadek mógł spowodować przepuklinę, lub wpłynąć wydatnie na pogorszenie istniejącego już schorzenia;
2) czy objawy chorobowe, jakie wystąpiły bezpośrednio po wypadku, uzasadniają wypadkowe pochodzenie przepukliny lub jej pogorszenia.

3) czy badanie przedmiotowe uzasadnia wypadkowe pochodzenie przepukliny względnie pogorszenia;

4) ocena niezdolności do pracy zarobkowej, jeżeli odpowiedź na pytania zawarte w opinji wypadnie twierdząco.

Uwaga: Przy ustaleniu pogorszenia istniejącej już przed wypadkiem przepukliny należy przyznawać rentę czasową, wychodząc z założenia, że pogorszenie nastąpiłoby niewątpliwie — choć w czasie późniejszym — niezależnie od wypadku.

W ocenie przypadków operowanych należy pamiętać, że zabieg operacyjny przywraca zazwyczaj zupełną zdolność do pracy.

Wysokość procentu niezdolności do pracy, uzależnić należy od rozmiarów przepukliny, jej umiejscowienia, możliwości podtrzymania paskiem, odprowadzalności i innych zmian chorobowych bezpośrednich lub pośrednich, które mogłyby mieć wpływ na sprawność fizyczną badanego. W większości przypadków ocena 10 do 20%, rzadziej do 30% niezdolności do pracy zarobkowej, będzie wystarczającym równoważnikiem obniżonej sprawności fizycznej a tylko w wyjątkowych przypadkach może zajść potrzeba przyznania wyższego procentu, co uzależnić należy przedewszystkiem od zbyt dużych rozmiarów przepukliny, niemożności podtrzymania paskiem i od zmian anatomicznych spowodowanych częstemi stanami zapalnemi.

— — — — —

Na zakończenie zestawiam, że opinja co do związku przyczynowego z wypadkiem opierać się powinna na następujących momentach:

1) nagłemu powstaniu przepukliny lub jej pogorszeniu w następstwie wypadku przy pracy, w rozumieniu ustawy towarzyszy stale gwałtowny ból zmuszający poszkodowanego do natychmiastowego zaniechania pracy fizycznej. Ponieważ ból może być symulowany, lub może się odnosić do procesów chorobowych w istniejącej już przepuklinie niezależnie od wypadku, względnie od innych zmian chorobowych w narządach wewnętrznych, zatem ważniejszemi dla oceny będą objawy otrzewnowe jak omdlenie, bladość powłok skórnych, wymioty, poty, przyśpieszone i małe tętno.

2) Małe rozmiary przepukliny, z natychmiastowem uwięźnięciem bezpośrednio po urazie, przemawiają za wypadkowem pochodzeniem schorzenia.

3) Do typowych przepuklin w następstwie wypadku, należy zaliczyć te, które powstają w miejscu i wskutek bezpośredniego urazowego uszkodzenia ściany brzusznej. Ujawnienie się takiej przepukliny następuje zazwyczaj po pewnym czasie, często po wytworzeniu się blizny pourazowej a rozmiary jej sa zależne od przestrzeni i stopnia uszkodzenia.

4) W przypadku pogorszenia w następstwie wypadku istniejącej już przepukliny, uzasadniona jest renta czasowa, przyczem stopień i czas trwania niezdolności, uzależnić należy od bezpośrednich następstw wypadku.

5) Nieodprowadzalność przepukliny, bez objawów uwięźnięcia dowodzi o samoistnem pochodzeniu schorzenia.

6) Powstanie dwóch lub więcej przepuklin, jednocześnie w następstwie wypadku jest wykluczone bez ciężkich, groźnych dla życia objawów chorobowych.

7) Przepuklina pachwinowa skośna zupełna jak i udowa zupełna nie może powstać nagle w następstwie urazu (bez względu na to, czy będzie to uraz pośredni, czy bezpośredni) z wyjątkiem pachwinowych sztucznie wywołanych. Jeżeli w następstwie wypadku ujawni się jedna z tych przepuklin, musimy przyjąć, że istniała u poszkodowanego już poprzednio przepuklina, przynajmniej śródkanałowa, a towarzyszące jej ujawnieniu ewentualne objawy otrzewnowe, świadczą tylko o pogorszeniu istniejącego już przed wypadkiem schorzenia.

PIŚMIENNICTWO:

1. Bayer. Trauma und Hernie. Dittrich's Hdb der ärztlich, sachverst. Tätigkeit. 1906.

2. Bilfinger. Zur Frage von den Entstehung der traumatischen Hernien. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 64.

3. Bochenek. Anatomia człowieka. 1917.

4. Brandtner. Uber einen Fall von traumatischer Bauchdeckenbruch in der Linea Spigeli.

5. Brisard. Quelques réflexiones médico-légales sur la hernie et la loi de 1898. Annales d. Méd. leg. 1923.

6. Dittrich. Begutachtung von Unfallschäden der Arbeiter. 1901.

7. Frede. A propos des hernies inquinales et traumatismes. Annales de Médicine lég. 1932.

8. Glass. Przepuklina przeponowa żołądka. Pol. Gaz. Lek. Nr. 41. 1935.

9. Graser. Chirurgie des Bauches. Hdb. d. prakt. Chirurgie. 1923.

10. Herdtmann. Ein Fall von eigenartiger traumatischer Entstehung eines Schankelbruches. Monatschr. f. Unfallheilk. 1900.

11. Hochenek-Payer. Hb. d. Spec. Chirurgie. 1931.

12. Hurck. Uber die traumatische Entstehung der Unterleisbrüche. Viertjschr. f. ger. Med. 1932.

13. Jankowski. Ocena stopnia niezdolności zarobkowej wskutek wypadku. 1934.

14. Jokisch. Hernien. Hdb. d. ärztl. Begutachtung. Liniger, Weichbrot, Fischer. 1931.

15. Kaufmann. Hdb. d. Unfallmedizin. 1932.

16. Lasownicki. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia przepuklin pachwinowych sztucznie wywołanych. Lek. Wojsk. 1923.

17. Liniger. Unfallmann. 1932.

18. M o o r h e a d. The relation of Trauma to hernia. Nev. Engl. J. Med. 1933. (Ref. Centralorg. f. Chir.).

19. M o r o. Elastizitat des Bauchfells. Beitr. z. Klin. Chir. 1909.

20. M o u r e et R e n é. Le role du ligament rond du foie dans les hernies epigastriques et ombilicales douloureuses. Bull. Soc. nat. chir. 1933.

21. O l b r y c h t. Orzeczenie rekursowe nie przyjmujące związku przyczynowego między wypadkiem (dźwignięcie ciężaru) a powstaniem przepukliny pachwinowej. Czas. Sąd. Lek. 1928.

22. R e e k e. Ein Beitrag zur Klinik der seitlichen Bauchbrüche. Dtsch. Z. f. Chir. 1933.

23. S c h m i d t. Die Unterleibsbrüche. Dtsch. Chir. Lief. 47.

24. T h i e m. Unfallerkrankungen. 1910.

25. W u l l s t e i n. Hdb. d. Chirurgie. 1918.

26. Z e m b r z u s k i. Orzecznictwo w schorzeniach chirurgicznych. Czas. Sąd. Lek. 1933.

Dr. Witold DŻUŁYŃSKI. (Lwów).

UEBER BRÜCHE ALS FOLGEN VON ARBEITSUNFÄLLEN

Z u s a m m e n f a s s u n g:

Verfasser schlägt eine Einteilung in erstens typische Unfallbrüche, die durch direkte Gewalteinwirkung auf die Bauchwand am Orte des Traumas entstehen und zweitens restliche Brüche, die an prädisponierten Stellen aufreten, vor.

Bei Besprechung den einzelnen Brucharten wird hervorgehoben, dass bei erwachsenen Individuen eine Komplette indirekte Leistehernie ebenso wie eine Schenkelhernie sich nicht plötzlich nach einem Unfall entwiekeln kann.

Verfasser gibt eine tabellarische Zusammenstellung von 89, während eines 4 jährigen Zeitraumes im Schiedsgerichte in Lwów begutachteten Bruchfällen, wobei die interessanteren Fälle eingehend besprochen werden.

Zum Schluss werden die Grundlagen der Erfordernisse zur Anerkennung eines Unfallbruches dargestellt.

WIKTOR GRZYWO-DĄBROWSKI.

POLSKA BIBLIOGRAFJA KRYMINOLOGICZNA, SĄDOWO-LEKARSKA I DZIAŁÓW POKREWNYCH ZA ROK 1935.

(Liczby porządkowe pism odpowiadają liczbom podanym po tytułach artykułów).

Książki umieszczono w odpowiednich działach.

1. Archiwum Kryminologiczne.
2. Czasopismo Sądowo-Lekarskie.
3. Czasopismo Sędziowskie.
4. Chirurgja Kliniczna.
5. Doraźna Pomoc Lekarska.
6. Encyklopedja Podręczna Prawa Karnego.
7. Folia Morfologica.
8. Gastrologja Polska.
9. Gruźlica.
10. Glos Prawa.
11. Glos Sądownictwa.
12. Gazeta Sądowa Warszawska.
13. Ginekologja Polska.
14. Gazeta Administracji i Policji Państwowej.
15. Higjena Psychiczna.
16. Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych.
17. Kronika Dentystyczna.
18. Klinika Oczna.
19. Lekarz Polski.
20. Lekarz Kolejowy.
21. Lekarz Wojskowy.
22. Medycyna.
23. Medycyna Praktyczna.
24. Młoda Matka.
25. Medycyna Doświadczalna i Społeczna.
26. Neurologja Polska.
27. Nowiny Psychjatryczne.
28. Nowiny Lekarskie.
29. Nowiny Społeczno-Lekarskie.
30. Polska Gazeta Lekarska.
31. Położna.
32. Palestra.
33. Prawo.
34. Praktyka Lekarska.
35. Przegląd Więziennictwa Polskiego.
36. Polski Przegląd Chirurgiczny.
37. Przegląd Ubezpieczeń Społecznych.
38. Prasa Lekarska.
39. Polskie Archiwum Psychologji.
40. Polska Stomatologja.
41. Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego.
42. Przegląd Trachomatologji.
43. Pielęgniarka Polska.
44. Przegląd Weterynaryjny.
45. Przegląd Medycyny Lotniczej.
46. Pedjatrja Polska.
47. Pamiętnik XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.
48. Rocznik Psychjatryczny.
49. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.
50. Szkoła Specjalna.
51. Sprawy Lekarskie.
52. Trzeźwość.
53. Terapia Nowa.
54. Wiadomości Weterynaryjne.
55. W służbie zdrowia.
56. Współczesna Myśl Prawnicza.
57. Wileński Przegląd Prawniczy.
58. Wojskowy Przegląd Prawniczy.
59. Warszawskie Czasopismo Lekarskie.
60. Wiedza Lekarska.
61. Zagadnienia Rasy.
62. Życie Dziecka.
63. Zdrowie Publiczne.
64. Czasopismo Prawnicze i Ekonomiczne.
65. Rocznik Prawniczy Wileński.
66. Prasa.

I. ZAGADNIENIA PRAWNE.

1. Balzer. — Przewód sądowy polski w zarysie. Str. 293.
2. Br. Wr. — Kara. Str. 665. 6.
3. Bauman. — Wykład procedury karnej w zarysie. — Lwów.
4. Czerwiński. — Zgoda pokrzywdzonego wyłączająca karalność czynu. — II.
5. Fleszyński. — Oportunizm czy legalizm ścigania karnego. — II.
6. Giebl. — Warunkowe zawieszenie postępowania karnego. — 12.
7. Glaser. — O usiłowaniu przestępstwa z zaniechania. — II.
8. Glaser. — Aktualne zagadnienia na Kongresie Karnym w Berlinie. — II.
9. Glaser. — Usiłowanie przestępstwa opartego na zamiarze ewentualnym. — 12.
10. Glaser. — Zabójstwo na żądanie. 12 i 32.
11. Grabowski ks. — Kanoniczne prawo karne. Str. 645. 6.
12. Jankowski. — Na marginesie ustawy o zapobieganiu chorobom zakaźnym. — 12.
13. Kahkra. — Reforma prawa karnego w Estonji. — 12.
14. Kowalski. — Polski K. K. w dotychczasowej praktyce. — 3.
15. Koziński. — Przestępstwo a cywilny czyn niedozwolony. — 33.
16. Ladier. — Przestępstwo, wina i kara w prawie talmudycznym. Str. 57.
17. Łaniewski i Sobolewski objaśn. — Przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu państwa. Str. 77. Lwów.
18. Mogilnicki. — Nullum delictum sine lege. — 12.
19. Nestorowicz. — Sztuka i nierząd we włoskim prawie karnem. — 11.
20. Niżyńska-Orłowska. — Prognoza w prawie karnym. — 56.
21. Radzinowicz. — Kryzys polskiego ustroju penitencjarnego. — 12.
22. Radzinowicz. — Nowy ustrój penitencjarny we Włoszech. — I.
23. Rappaport. — Jeszcze o karach i ośrodkach zabezpieczających w polskim K. K. II.
24. R. S. — Sądy i sędziowie w Sowietach. — II.
25. R. S. — Sowiecka represja karna. — II.
26. R. S. — Nowy projekt sowieckiego kd. karnego. — II.
27. Śliwiński. — Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego: Prawo karne prasowe. — I.
28. Śliwowski. — Organizacja wymiaru sprawiedliwości w Estonji i na Łotwie. — II.
29. Szerer. — Sądownictwo angielskie. Str. 72.
30. Walfisz. — Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego. Kodeks Karny. I.

31. Wolter. — Prewencja przedprzestępcza na marginesie hiszpańskiej ustawy przeciwko włóczęgom i osobnikom społecznym. — I.
32. Wolter. Nieświadomość bezprawności. — 64.
33. Wróblewski. — Prawo karne. Skrypt. 1934 Str. 27. Wilno.
34. Wróblewski. Przedmiot przestępstwa, zamachu i ochrony w prawie karnym. — 32.
35. W. N. — O przyszłym ustroju sądowym w Niemczech. II.
36. Zachert. — Podstawy zwalczania jaglicy, Zbiór rozporządzeń i okólników i zarządzeń. Warszawa. Str. 47 i tablice.

II. KRYMINOLOGJA. KAZUISTYKA.

1. Bednarski. — Przestępca w świetle najnowszych badań kryminalno - biologicznych 58.
2. Czerwiński. — Walka z przestępcami niepoprawnymi. — 35.
3. Czerwiński. — Walka z przestępczością a szkoła pozytywna prawa karnego i społeczna kryminologja. — 14.
4. Czerwiński. Walka z przestępczością nieletnich w Anglji. — 35.
5. Giełb. — Walka z przestępczością w Estonji. 35.
6. Giełb. — Realizacja i rezultaty przedterminowego zwalniania i t. d. — 35.
7. Glaser. — XI międzynarodowy kongres karny i penitencjarny. — 12.
8. Glaser. — Od pozytywizmu prawnego ku przyrodzie. — 12.
9. Haytler. — Fr. hr. Skarbek jako penitencjarysta. — 35.
10. Kunicka. — Wpływ środowiska społecznego na stosunek dzieci do kradzieży. — I.
11. Lemkin. — Teroryzm. — 12.
12. Łaniewski. — Zbrodnia i łzy (20 lat pracy prokuratorskiej) — Lwów.
13. Nestorowicz. — O sądach Bożych i pojedynkach sądowych. — II.
14. Obarski. — Wypadki w Warszawie w r. 1934 w świetle statystyki. Warsz. Pogotowia Ratunkowego. — 5.
15. Popek. — Ustawa czechosłowacka o sądzeniu młodocianych a biologja kryminalna 47. t. II. Str. 607.
16. Rabinowicz. — Przesłanki kryminologiczne polskiego K. K.—47. t. 2.
18. Radzinowicz. — Przestępczość w Polsce w r. 1934. — II.
20. Radzinowicz. — Przestępczość w Polsce w latach 1934 — 1933 — I.
19. Radzinowicz. — Belgijska ustawa o ochronie społecznej i t. p. — 35.
21. B. S. — Przestępczość w Polsce w latach 1924 — 1934. — 14.
22. R. S. Na marginesie procesu o zabójstwo syna pułk. Lindbergha.—II.
23. R. S. — Bolączki sprawiedliwości sowieckiej. — II.
24. Siewierski. — Sąd i prokuratura a policja. — II.
25. R. S. — Prokuratura sowiecka. — II.

26. Śliwowski. — XI kongres Karny i Penitencjarny. — 35.
27. Śliwowski. Włoskie sądownictwo w walce z przestępczością. — II.
28. Spektorowa. — Badania biologiczno-kryminalne w zastosowaniu do nieletnich przestępców. 47, t. II. Str. 614.
29. Strumieński. — Sędzia śledczy czy prokurator. — II.
30. Strassman. — Kronika kryminalistyczna. — I.
31. Wachholz. — Niezwykły przypadek skrytobójczego żonobójstwa. 47, t. II.
32. Gołąb. — Sprawa Cornera. — 64.

III. PSYCHOLOGJA. PSYCHOPATOLOGJA SĄDOWA.

1. Bychowski. — O pewnych kryterjach psychologicznych i społecznych poczytalności zmniejszonej. — 48.
2. Bychowski. Przestępca w świetle psychoanalizy. — 47.
3. Dąbrowski. — Podstawy psychologiczne samodręczenia (automutylacja). — 19.
4. Handelsman i Nelken. — O zachowaniu się pamięci po postrzałach głowy. — 59.
5. Holewińska. — Zagadnienie opieki nad dziećmi moralnie zagrożonemi i anormalnemi. — 62.
6. Korzeniewski. — Problemy higjeny psychicznej na terenie walki z przestępczością. — 15.
7. Lichtensztejn. — Z życia okręgowego szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych w Drohobyczu. — 35.
8. Łuniewski. — Pojęcie poczytalności w polskim K. K. t. II. — 47.
9. Łuniewski. O t. zw. poczytalności zmniejszonej w ujęciu kryterjów prawnych, psychjatrycznych i życiowych. — 48.
10. Łuniewski. — Dwa wyjaśnienia Ministerstwa Opieki Społecznej w sprawach psychjatycznych. — 27.
11. Nelken. — Zaburzenia psychiczne po postrzałach głowy. — 48.
12. Nelken. Wysiedlenie z Francji. — 15.
13. Nelken. — Z dziedziny psychoneurologji dziecięcej w Rosji Sowieckiej. — 59.
14. Nelken. — Psychopatja na wojnie. — 21.
15. Nelken. — Higjena psychiczna usposobienia psychopatycznego jako zagadnienie kultury. — 61.
16. Nelken. — Higjena higjeny. — 15.
17. Syrota. — Przypadek psychonerwicy pourazowej. Pos. Lek. Woj. Białostock. Str. 74. 30.
18. Ślączko. — Schemat ciała i zaburzenia psychiczne, wywołane jego uszkodzeniem. — 48.
19. Wójcik. — Badanie rozeznania nieletnich. — 12.

IV. ALKOHOLIZM. NARKOMANJA.

1. Firstenberg. — Walka z narkomanją i handlem narkotykami na terenie sądowym. — I.
2. Krasowski. — Przypadek nałogowego nadużywania kodeiny. — 22.
3. Moraczewski. — Z psychologji źródeł alkoholizmu. — 52.
4. Skiba. — Alkohol a długość życia. — 52.
5. Szempliński. — Młodzież szkolna a alkohol. — 52.
6. Szymański. Polskie ustawodawstwo przeciwalkoholiczne. — 52.
7. Zajączkowski. — Z doświadczeń i obserwacji nad leczeniem alkoholików i narkomanów. — 52.

V. SAMOBÓJSTWO.

1. Felc i Grzywo-Dąbrowski. — Zmiany anatomo - patologiczne u samobójców. — 47. t. II.
2. Grzywo - Dąbrowska. — Z psychopatologji młodocianych samobójców. Pos. Lek. Szkol. Str. 692. — 30.
3. Grzywo - Dąbrowska. — Ocena książek: 1) Altavilla. Samobójstwo z punktu widzenia psychologji, medycyny sądowej i prawa. 2) Hoffman. Zagadnienie samobójstwa. Str. 40, 41. — 59.
4. Grzywo - Dąbrowski. — Samobójstwo z punktu widzenia sądowo - lekarskiego. IV. Śmierć wskutek utonięcia. Samobójstwo, wypadek czy zabójstwo. Zabójstwo i wrzucenie ciała do wody. — 2.
5. Grzywo - Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w r. 1934. Samobójstwa rozszerzone w Polsce w r. 1934. — 2.
6. Grzywo - Dąbrowski. Z kazuistyki samobójstwa. — 19.
7. Hurwicz. — Pięć przypadków samobójstwa za pomocą zadania ran kłutych. — 2.
8. Ilkowicz. — Klęska samobójstw w Europie. Kurjer Poranny, 18.VI. 35.
9. Kokajl. — Samobójstwo jako zagadnienie społeczne. — 55.
10. Manczarski i Grzywo - Dąbrowski. — Samobójstwa w Polsce w r. 1931. t. II. — 47.
11. Obarski. — Samobójstwa w Warszawie w r. 1934 na podstawie statystyki Warsz. Pogotowia Ratunkowego. — 5.
12. Popielski. — Z kazuistyki samobójstw „harakiri". — 2.
13. Stanisz. — Samobójstwo w Krakowie w latach 1899—1930. — 2.

VI. WIĘZIENNICTWO.

1. Fink. — Nasze więziennictwo dla nieletnich. — 35.
2. Neymark. Więzienia na Węgrzech. — 35.
3. Radzinowicz. — Reforma więziennictwa w Niemczech. — 1.

4. Radzinowicz. — Zagadnienie indywidualności w klasyfikacji więźniów. — 35.
5. Serkowski. — Zakład wychowawczo - poprawczy dla nieletnich w Przedzielnicy. — 35.
6. Śliwowski. Więziennictwo szwajcarskie. Więzienie w Orbe. — 35.
7. Sokołowski. — Więziennictwo polskie w okresie ostatniego pięciolecia. — 35.
8. Westerska. — Międzynarodowe próby ujednostajnienia przepisów postępowania z więźniami. — 35.

VII. SPRAWY ZAWODOWE. ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZY. PARTACTWO LECZNICZE.

1. Bloch. — Lekarz a obowiązek udzielania pomocy. — 51.
2. Czerwiński. — Orzeczenie Izby Cywilnej Sądu Najwyższego w sprawie odpowiedzialności majątkowej państwa za szkodę wyrządzoną pacjentowi. — 29.
3. Hanke. — Polski i niemiecki kodeks deontologji lekarskiej. — 29.
4. Jokiel. — Odpowiedzialność karna w ratownictwie. — 43.
5. Klęsk. — O odpowiedzialności za zabiegi operacyjne. — 34.
6. Korzewski. — Uszkodzenie cielesne w związku z zabiegiem lekarskim. — II.
7. Lednicki. — Podstawy odpowiedzialności karnej lekarzy. t. II — 47.
8 Melanowski. — Zagadnienie pomocy lekarskiej w przypadkach uszkodzeń z obecnością ciał obcych magnetycznych we wnętrzu oka. — 51.
9. Popower. — Lekarz. Str. 803. — 6.

VIII. ORZECNICTWO, NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, CHOROBY ZAWODOWE.

1. Bloch. — Lekarz jako biegły w postępowaniu karnem. — 51.
2. Chorążyński. — Słuch a praca w hałasie. — 55.
3. Chodźko. — Polski lekarz powiatowy. — 63.
4. Dyskusja do odczytu Micneberga „Zawód a skóra". Pos. Twa. Lek. Lwow. Str. 938. — 30.
5. Frejman. — Wąglik — choroba zawodowa. — 55.
6. Frommer. — Rak parafiniarski a ustawa o ubezpieczeniu społecznem. — 30.
7. Grzywo-Dąbrowski. — Lekarz sądowy. Str. 831. — 6.
8. Grzywo-Dąbrowski. — Organizacja orzecznictwa sądowo-lekarskiego w Polsce. T. II. — 47.
9 Handelsman. — O chorobach zawodowych. — 37.
10. Handelsman. — O azbestozie. Pos. Tow. Lek. Łódź. Str. 940. — 30.

11. Hummel. — Czynniki zdrowia w fabryce. — 55.
12. Kostecki. — Przestępstwa przeciwko zdrowiu jednostki w Kodeksie Karnym. — II.
13. Lenartowicz. — Przypadek srebrzycy uogólnionej. Pos. Tow. Lek. Lw. Str. 693. — 30.
14. Matejn. — Odpowiedzialność za wypadek przy pracy i wypadek przy pracy. — 37.
15. Melanowski. — Choroby zawodowe narządu wzroku. — 23.
16. Melanowski. — Zmniejszenie zdolności do pracy pod wpływem chorób oczu. — 51.
17. Melanowski. — Wpływ chorób oczu na zdolność do pracy.—18 i 42.
18. Melanowski. — Higjena i ochrona narządu wzroku przy pracy. Pos. Tow. Lek. Zagł. Dąbr. Str. 922. — 30.
19. Mierzecki. — Skóra a zawód. — 30. Dyskusja — 30. Str. 938.
20. Neymark. — Rola lekarza w walce z przestępczością. — 2 i 47.
21. Puchowski. — Przepisy Kod. Karnego o uszkodzeniach ciała (art. 235, 236, 237) w oświetleniu lekarza. — II.
22. Posmykiewicz. — Zaburzenia słuchu a szkoła. — 55.
23. Rezolucje sekcji medycyny sądowej. T. I. str. 161 — 47.
24. Rudziński. — Uwagi do pracy X. Witaszka: „Zarys orzecznictwa inwalidzkiego". — 59.
25. Sieradzki. — Specjalizacja biegłych sądowych. T. II. — 47.
26. Sieradzki. — Stanowisko zakładów medycyny sądowej do sądów. — 47.
27. Śliwowski. — Lekarz sędzia czy sędzia lekarz. — 2.
28. Wejnberg. — W sprawie oglądaczy zwłok. — 29.

IX. CHOROBY. ŚMIERĆ.

1. Braude-Hellerowa. — O krwawieniach przewodu pokarmowego u dzieci. — 8.
2. Bross. — W sprawie nagłej śmierci w hipertonji. T. II. — 47.
3. Bross. — W sprawie t. zw. nagłej śmierci grasiczej. T. II. — 47.
4. Burak i Pomeranc. — Przypadek przedziurawienia przegrody międzykomorowej w następstwie zawału mięśnia sercowego. — 22.
5. Budkiewicz. — Ostre schorzenia trzustki. — 22.
6. Chodkowski. — 1) Przypadek tętniaka tętnicy głównej. 2) Przypadek tętniaka serca. Pos. Tow. Lek. Warsz. Str. 29. — 28.
7. Chodkowski. — Z kazuistyki krwotoków śmiertelnych. Pos. Tow. Lek. War. str. 125. — 28. Str. 305 — 30.
8. Gackowski. — Krwotok śmiertelny w przypadku rozstrzeni oskrzelowych płatu górnego prawego. Pos. Koła Warszawsk. Intern. Str. 99. — 22.

9. Glass i Kryński. — Przepuklina przeponowa żołądka. — 22.
10. Makower. — Zakażenie spowodowane przez przetaczanie krwi.—59.
11. Markusfeld. — O krwawieniu z cewki moczowej. — 16.
12. Michejda i Schilling-Siengalewicz. — Ostra mechaniczna niedrożność jelit. — 36.
13. Obarski. — W sprawie zachorowań i zgonów w wannach. — 5.
14. Ostrzycki. — Przypadek krwotoku podpajęczynówkowego. Pos. w szpit. Dz. Jezus. Str. 163. — 22.
15. Ostrzycki. — Przebieg trychinozy w ciągu 4 tygodni. Pos. w szpit. Dz. Jezus. Str. 592. — 22.
16. Pieczarkowski. — O śmierci nagłej z przyczyn naturalnych na podstawie materjału Z. M. S. Un. Jag. w latach 1900—1930. — 2.
17. Płonskier. — Wrzody w dwunastnicy w materjale sekcyjnym szpitala dla dzieci etc. — 59.
18. Popielski. — O wypadkach śmierci w boksie. T. II. — 47.
19. Rasilt i Rowiński — Niezwykłe stwardnienie tętnicy głównej w całem jej przebiegu u młodego osobnika. Pos. Koła Warsz. Tow. Int. Pol. Str. 65. — 22.
20. Stojałowski. — Przypadek śmierci wskutek ciał obcych przy wejściu do krtani. Pos. Wydz. Lek. Poz. T. P. N. str. 218. — 28.
21. Samborski. — Fragmentacja mięśnia sercowego przyczyną nagłej śmierci. — 41.
22. Trachtenberg. — Przypadek posocznicy w następstwie zapalenia zatoki esowatej etc. Pos. Kal. Tow. Lek. str. 559. — 22.
23. Zakin. — Postępowanie w nagłych schorzeniach jamy brzusznej na oddziale chirurgicznym. — 16.

X. USZKODZENIA CIAŁA. CIAŁA OBCE.

1. Abdański. — Niezwykły przypadek ciała obcego w odbytnicy.—22.
2. Abramowicz. — Przypadki obcego ciała, zalegającego w oskrzelu. Pos. w szpit. św. Ducha. Str. 810. — 22.
3. Achmatowicz. — Igła sosnowa, jako przyczyna przedziurawienia jelita krętego. — 30.
4. Achmatowicz. — Uwagi w sprawie tętniaka tętnicy udowej po sympatytektomji. — 30.
5. Banasz. — Dwa przypadki ciał obcych w dolnych drogach oddechowych. Pos. Tow. Lek. Łódz. str. 728. — 30.
6. Bartkowiak i Urynkiewicz. Z kazuistyki ciał obcych przewodu pokarmowego. — 36.
7. Bieliński. — Badania doświadczalne nad zatorami powietrznymi—30.
8. Biro. Ocena książki Essera o uszkodzeniach postrzałowych czaszki. Str. 489. — 59.

9. Biro. — Urazy czaszki a cierpienia układu nerwowego. — 59.
10. Biro. — Urazy układu nerwowego. — 59.
11. Biro. — Padaczka a uraz czaszki. — 26.
12. Bittner. — W sprawie złamań marszowych kości śródstopia. — 21.
13. Bittner. — Złamanie odosobnione wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych. — 21.
14. Bregman i Potok. — Choroba Klippel-Feila. Liquorrhoea nasalis posttraumatica. Warsz. Tow. Neur. Str. 354. — 26.
15. Bregman, Potok, Lipszowicz. — Dwa przypadki złamań kręgosłupa etc. Warsz. Tow. Neur. Str. 285. — 26.
16. Broszko. — O samouszkodzeniach ucha. — 21.
17. Cinkiewicz. — W sprawie zranień drewnianemi pociskami nabojów ślepych. — 21.
18. Cholewicki. — Przypadek oskalpowanej czaszki. Pos. w szpit. Dz. Jezus. Str. 31. — 22.
19. Dżułyński. — O mechanizmie powstawania obrażeń pośrednich mózgu w szczególn. t. zw. contre-coup. T. II. — 47.
20. Finkelstein. — Parapareza pourazowa etc. War. Tow. Neur. Str. 318. — 26.
21. Gawlikowski. — Tętniak tętniczo-żylny po postrzale. Pos. w szpit. Dz. Jezus. Str. 593. — 22.
22. Glass. — Przypadek pourazowego surowiczego zapalenia opon mózgowych u chorej z wadą serca. Pos. w szpit. Dz. Jezus. Str. 176. — 22.
23. Herman i Zeldowicz. — Częściowe uszkodzenie urazowe nerwu dodatkowego oraz splotu szyjnego i t. d. Pos. w szpit. Staroz. Str. 128. — 16. i str. 837 — 59.
24. Hübschmann. — Teleangiektazje o charakterze znamieniowym, jako skutek urazu mechanicznego, któremu towarzyszył uraz psychiczny. T. II., str. 676. — 47.
25. Imich. — Przypadek ciała obcego w oskrzeli. Pos. Tow. Lek. Łódz. Str. 428. — 30.
26. Ingster. — Przypadek astereognozji po urazie. Pos. Tow. Lek. Zagł. Dąbr. Str. 921. — 30.
27. Jasieński. — Przypadek pourazowego wodonercza olbrzymich rozmiarów. — 30.
28. Kessel. — Ocena objawów urazów i schorzeń kręgosłupa. — 21.
29. Kiełbiński. — Samouszkodzenia i symulacje cierpień chirurgicznych. — 21.
30. Korolkiewicz. — Obce ciała w przewodzie pokarmowym. Pos. Tow. Lek. Wil. Str. 873. — 30.

31. Krzyczkowski. — Uwagi lekarza formacji w związku z wypadkami lotniczemi itd. — 21.
32. Kowalewski. — Złamania marszowe. — 21.
33. Krajnik. — Przypadek dwukrotnego pęknięcia tętnicy głównej.—30.
34. Lecewicz. — O ranach postrzałowych pęcherza moczowego. — 30.
35. Lewenfisz. — Ciała obce w drogach oddechowych na podstawie badań doświadczalnych i klinicznych. T. II., str. 757. — 47.
36. Łempicki. — Środki stosowane do samouszkodzeń. — 21.
37. Markiewicz. — O t. zw. późnem uszkodzeniu mózgu po naświetlaniu promieniami Roentgena. Pos. Wydz. Lek. T. P. N. Str. 574. — 28 i str. 845. — 30.
38. Melanowski. — Zagadnienie uszkodzenia narządu wzroku przy pracy itd. — 22.
39. Messing. — Ciała obce w przewodzie pokarmowym chorych psychicznie. — 2.
40. Mozołowski. — Dwa przypadki stwardnienia wieloogniskowego po urazie. — 21.
41. Neuman. — Wczesne operacyjne leczenie schorzeń oka. — 18.
42. Pawłowski. — Następstwa ran postrzałowych brzucha. — 21.
43. Pawłowski. — Wnioski w sprawie postępowania z ranami postrzałowemi itd. — 21.
44. Parczewski. — Przypadek tężca po skaleczeniu się w kolano. Wydz. Lek. T. P. N. Str. 825. — 30.
45. Perl. — Rozpoznawanie krwawień z tętnicy oponowej. — 5.
46. Peter. — Z kazuistyki całkowitego oskalpowania prącia. 36.
47. Sawicz. — Urazy czaszki u personelu latającego i sposoby zapobiegania urazom. — 21.
48. Sołtysik. — Postępowanie w przypadkach złamań z równoczesnem zwichnięciem kości skokowej. — 21.
49. Sołtysik. — W sprawie ran postrzałowych kręgosłupa. — 21.
50. Skłodowski i Missol. — Rzadki przypadek urazu czaszki. — 22.
51. Sosin. — Preparat ciała obcego w przełyku. Pos. Tow. Lek. Lwow. Str. 651. — 30.
52. Sumarówna. — Leczenie oparzeń taniną. — 28.
53. Szmurło. — O uszkodzeniach promieniami Roentgena i radu w dziedzinie górnego odcinka dróg oddechowych. Pos. Wil. Tow. Lek. Str. 191. — 59.
54. Szmurło. — Niebezpieczeństwo naświetlań promieniami Roentgena i radu w przypadkach nowotworów złośliwych górnego odcinka dróg oddechowych i ucha. T. II. Str. 710. — 47.

55. Szmurło. — O uszkodzeniach promieniami Roentgena i radu w dziedzinie górnego odcinka dróg oddechowych. Pos. Tow. Wil. Lek. Str. 675. — 30.
56. Szokalski. — Przypadek tętniaka tętnicy udowej powstałego po postrzale. Pos. Tow. Lek. Warsz. Str. 62. — 22; str. 537. — 30; str. 316. —28.
57. Walęcka. — Sądowo-lekarskie znaczenie wypadków kolejowych itd. — 20.
58. Wejnberg. — Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w płucach.—2.
59. Wojciechowski. — Uszkodzenia sportowe kobiet.
60. Wolf. — Przypadek pourazowego odosobnionego pęknięcia pęcherzyka żółciowego. Pos. Lwow. Tow. Lek. Str. III. — 30 i 36.
61. Wolf. — Przypadek uszkodzenia esicy przez nabicie się przez pochwę. — 30.
62. Wołkowyski. — Przypadek ciała obcego w oskrzeli płuca lewego — 22.
63. Wołożyńska. — O zatorach powietrznych. Pos. Tow. Lek. Łódz. Str. 940. — 30.

XI. OTRUCIA.

1. Białosuknia i Jastrzębski. — Działanie iperytu na drobnoustroje.—21.
2. Brossowa. — Otrucie środkiem do barwienia włosów. — 23.
3. Danielewski. — Przypadek ostrego zaniku wątroby podczas leczenia malarją. — 28.
4. Fiszhaut. — Polymyositis chronica w związku z przewlekłym zatruciem gazem świetlnym u alkoholika. War. Tow. Neur. Str. 355. — 26.
5. Górniewicz. — Badania nad działaniem gazów duszących na mięso. — 54.
6. Hilarowicz i Bieliński. — Badania doświadczalne nad działaniem śródoponowem perkainy. — 4.
7. Justman. — O właściwościach trujących kseroformu. — 59.
8. Konar. — Błękit metylenowy jako odtrutka w zatruciach cjankiem potasu. — 8.
9. Koskowski. — Zarys historji leków. Str. 298.
10. Kubiczek. — Jady wężowe, zwłaszcza jad kobry w lecznictwie. — 30.
11. Kozłowski. — Śmierć po lokalnem znieczuleniu kokainą i nowokainą. T. II. — 47.
12. Kulesza. — Trucizny bojowe a środki spożywcze. — 54.
13. Krsek. — Dwa śmiertelne przypadki otrucia talem. T. II. — 47.
14. Lewiński. — Ostre zatrucie chlorkiem cynku. — 2.
15. Łobacz. — Znieczulenie lędźwiowe perkainą w chirurgji. — 23.

16. Maciejewski. — Uśpienie evipanowe. — 22.
17. Majewski. — Uszkodzenia narządu wzroku wskutek działania gazów bojowych. — 42.
18. Mikula. — Zatrucie ługiem na Słowaczyźnie. T. II. Str. 441. — 47.
19. Obarski. — Ostre zatrucie cjanowodorem. — 20.
20. Pianko. — Dwa przypadki zatrucia salicylanem sodu u dzieci.—59.
21. Pelczar. — Ocena książki Schilling-Siengalewicza: Toksykologja sądowo-lekarska. Str. 109. — 41.
22. Ryder. — Przypadek zatrucia iperytem. Pos. Tow. Lek. Łódź. Str. 206. — 30.
23. Schilling-Siengalewicz. — Zarys toksykologji sądowo - lekarskiej. T. II.
24. Skłodowski i Missol. — Hemoglobinurja w zatruciu śmiertelnem alkoholem metylowym. Pos. w Szpit. Dz. Jezus. Str. 180. — 22. — 22.
25. Śledziewski. — Usypianie evipanem. — 36.
26. Sokołowski. — Znieczulenie ogólne za pomocą evipanu. — 21.
27. Stopczyk. — Ciężkie powikłania w przebiegu leczenia solami złota. — 9.
28. Stryjecki. — Dodatni odczyn Bordet-Wassermanna itd. w przebiegu otrucia kw. octowym. — 22.
29. Supniewski. — Podręcznik farmakologji dla lekarzy i studentów. Str. 569. Warszawa.
30. Szabłowski. — Zagadnienie wojny gazowej. — 54.
31. Szabłowski. — Oparzenie luizytem skóry konia. —54.
32. Tomaszewski. — Zmiany elektrokardiograficzne w zatruciu naparstnicą. — 28.
33. Tucholski i Kapłańska. — Badania nad tlenkowęglową hemoglobiną. T. II. — 47.
34. Uryson. — Przypadki hepatopankreatitis po zatruciu pokarmowem. Pos. w szpit. Im. S. Sterlinga. Str. 168. — 59.
35. Uryson. — Przypadek zatrucia pokarmowego ze zmianami w wątrobie i trzustce. — 8.
36. Wachholz. — Z kazuistyki podstępnego odurzenia chloralem. — 2.
37. Wachholz. — O spektrografji hemoglobiny i jej pochodnych et. T. II. — 47.
38. Wojciechowski. Chirurgja a gazy bojowe. — 21.
39. Wojnicz-Sianożęcki. — O pewnej analogji właściwości toksykologicznych chlorpikryny i fosgenu itd. — 21.
40. Zdrojewski. — O zatruciu bieluniem kędzierzawym. — 5.
41. Zdrojewski. — O leczeniu zatruć HCN wywoływaniem methemoglobinemji. — 20.

XII. CIĄŻA. PORÓD. PORONIENIE. DZIECIOBÓJSTWO.

1. Abramowicz i Zaleski. — Odmiana odczynu Zondeka-Ascheima na króliczkach. Pos. Tow. Lek. Wil. Str. 363. — 30.
2. Bajoński. — Ciąża a nędza mieszkaniowa. — 28.
3. Bajenkiewicz. — Przypadek mumifikacji płodu, nabłoniaka kosmówkowego i włókniaka macicy. — 13.
4. Beck. — O podskórnem pęknięciu wątroby podczas ciąży. — 13.
5. Bendix, Lery-Lenz, Luetzenkirchen, Werthauer. — Przerwanie ciąży itd. Str. 478.
6. Budzyńska-Tylicka. — Świadome macierzyństwo. Str. 58.
7. Brückner. Zator powietrzny przy kryminalnem spędzeniu płodu.—30.
8. Czyżewicz. — Uwagi w sprawie przenoszenia ciąży. T. II., str. 276. — 47.
9. Dresdner. — Zapobieganie i leczenie przebicia macicy przy sztucznem przerwaniu ciąży przy pomocy gynergenu „Sandoz". — 30.
10. Ganz. — Ocena książki Braeuninga: Gruźlica płuc a ciąża. — 59.
11. Gelman. — Metody biologiczne wczesnego rozpoznawania ciąży. Pos. Tow. Lek. Wil. Str. 209. — 30.
12. Gerhard. — Kilka uwag o przebiciach macicy itd. — 13.
13. Gładys-Cox. — Klinika zapobiegania ciąży. Str. 160.
14. Grzywo-Dąbrowski. — Ocena książki Dittricha „Der Kindesmord itd.". Str. 535. — 59.
15. Gubarew i Sielicki. — Najnowsze sposoby zapobiegania ciąży. Str. 44.
16. Hanac-Bloch. — Badania histologiczne nad rozmieszczeniem tłuszczu w wątrobie noworodków żywo i martwo urodzonych. T. II.—47.
17. Kisek. — Uwagi o przerwaniu ciąży w związku z projektem nowego K. K. w Czechosłowacji. T. II. — 47.
18. Kleinerman. — Przypadek ciąży śródmiąższowej, powikłany przebiciem ściany macicy z niezwykłym zejściem. — 13.
19. Lecewicz. — Przeciągające się poronienie powikłane zapaleniem otrzewnej. — 30.
20. Lorentowicz. — Zagadnienie bólu w ginekologji. Podstawy anatomiczne i leczenie. Pamiętnik VII. Lek. Kursu w Ciechocinku.
21. Malinowski. — Problemat walki sanitarjatu P. K. P. ze sztucznemi poronieniami. — 20.
22. Metler. — Leczenie niepłodności, wywołanej zapaleniem przydatków macicy i jego wyniki. — 28.
23. Olbrycht i Zubrzycki. — Przenoszenie ciąży, jako zagadnienie sądowo-lekarskie. — 2.

24. Puchowski. — Przypadek zatoru powietrznego po cięciu cesarskiem. Pos. Tow. Wil. Str. 363. — 30.
25. Puchowski. — Zator powietrzny serca i mózgu przy próbie wywołania poronienia. Pos. Wil. Tow. Lek. — 30, 41 i 59.
26. Romanowski. — Przypadki ciąży pozamacicznej przenoszonej. Pos. Tow. Lek. Wil. Str. 362. — 30.
27. Rusin. — Poronienia sztuczne i samoistne. Str. 166. Warszawa.
28. Serini. — Przypadek ciąży po wyjałowieniu operacyjnem. — 13.
29. Zubrzycki i Baranowski. — Znaczenie odczynu Asheima-Zondeka dla medycyny sądowej. T. II. Str. 539 — 47.
30. Plicht i Wejnberg. — Przerwanie ciąży a prawo karne. (R. XVIII książki Bendixa i in. Nr. 5).

XIII. ŻYCIE PŁCIOWE. CHOROBY WENERYCZNE. MAŁŻEŃSTWO.

1. Brown. — Zagadnienia seksualne w okresie dojrzewania. — 38.
2. Brown. — Niemoc płciowa u mężczyzn i kobiet. Str. 208.
3. Gerhardt i Popielski. Próby oznaczenia płci płodu nieurodzonego. T. II. — 47.
4. Horoszewski. — Kazirodztwo. Str. 709. — 6.
5. Łuniewski. — Homoseksualizm. Str. 611. — 6.
6. Margiel. — Niemoc płciowa u mężczyzn. — 59.
7. Morawski. — W sprawie biologji seksualnej. Zjazd del. Pol. Tow. Eug. 1934. Str. 407. — 61.
8. Olbrycht. — O błonie dziewiczej dwublaszkowej. Pos. Pol. Akad. Umiejętn. — 28 i 30.
9. Praeger. — Analiza przypadku niemocy płciowej i t. d. — 30.
10. Stojałowski. — Obojnactwo prawdziwe u człowieka. T. II. — 47.
11. Studziński. — Niezwykłe drogi zapłodnienia. — 30.
12. Szabuniewicz. — O mechanizmie wędrówki plemników w drogach rodnych żeńskich. — 30.
13. Widy. — Z kazuistyki uszkodzeń pochwy sub coitu. — 28.
14. Velde. — Erotyzm w małżeństwie. Str. 115.
15. Wachholz. — Uwagi w sprawie dochodzenia dziewiczości. — 30.
16. Wachholz. — Z rozważań lekarza znawcy nad prawem małżeńskiem. — 64.
17. Wilczyński. — Obrazy morfologiczne jajnika i przysadki mózgowej, jako źródeł hormonów płciowych. — 30.

XIV. TECHNIKA KRYMINALNA. (BADANIA DOWODÓW RZECZOWYCH, GRUPY KRWI ITP)..

1. Chojecka. — Sugestja mylnej ekspertyzy. Przyczynek do ekspertyzy pisma. — 1.

2. Dadlez. — Badania nad śladami krwi na przedmiotach żelaznych. T. II. — 47.
3. Grzywo-Dąbrowski. — Krew. Str. 787. — 6.
4. Hirszfeld. — Grupy krwi w medycynie sądowej. — T. II. — 47.
5. Krsek. — Właściwości zwłok, wydobytych z Dunaju etc. T. II.—47.
6. Łaguna i Makowiec. — O badaniach grupowych ustników papierosów i ich znaczenie pod względem kryminologicznym. T. II.—47.
7. Łaguna. — Identyfikacja krótkiej broni palnej na podstawie łusek i pocisków. T. II. — 47.
8. Markow. — Znaczenie miana izoaglutynacyjnego w badaniach sądowo-lekarskich. T. II. — 47.
9. Missol. — Pokaz barwnych zdjęć fotograficznych z Zakładu Medycyny Sądowej. Pos. Tow. Lek. War. — 22 i 59.
10. Popielski. — Zastosowanie praktyczne nauki o grupach krwi. — 34.
11. Popielski. — Z nowszych badań nad grupami krwi. — 40.
12. Popielski. — O wartości badania wątroby w djagnostyce śmierci z utonięcia. T. II. — 47.
13. Sobolewski. — Identyfikacja krótkiej broni palnej na zasadzie porównania mikrofotograficznych zdjęć łusek i pocisków. T. II.—47.
14. Sobolewski. — Uszkodzenie szyb przez postrzały. (Badania doświadczalne) — 1.
15. Wachholz. Przypadek wykluczenia tożsamości osoby z resztek szkieletu na podstawie zbadania uzębienia. T. II. — 47.
16. Zienkiewicz. — Grupy serologiczne krwi a odczyn B.-W. we krwi matek i dzieci kiłowych etc. T. II. Str. 455. — 47.

XV. EUGENIKA. STERYLIZACJA.

1. Arkin. — O czynnikach konstytucyjno - dziedzicznych w powstawaniu małoocza. — 18.
2. Batawia. — Kastracja. Str. 701. — 6.
3. Chrząszczewski. — Problem sterylizacji w świetle ustawy niemieckiej. — 30.
4. Czerwiński. — Zagadnienie sterylizacji w świetle prawa jako sposób walki z przestępczością. — 14.
5. Czerwiński. — Zabiegi chirurgiczne połączone z uszkodzeniem zdrowia osoby trzeciej; sterylizacja i kastracja za zgodą pacjenta itd. — 29.
6. Ettinger. — Polityka eugeniczna a praktyka lekarska etc. T. II. Str. 865. — 47.
7. Łuniewski. — Zagadnienie pozbawienia płodności w polskim projekcie Ustawy Eugenicznej. — 59.

8. Łuniewski. — Prawo niemieckie o zapobieganiu potomstwa, obciążonego chorobami dziedzicznemi. — 52.
9. Dyskusja nad odczytem doc. Łuniewskiego: Zagadnienie pozbawienia płodności w polskim projekcie Ustawy Eugenicznej. Pos. Pol. Tow. Med. Społ. Str. 860. — 59.
10. Rawski. — Niemieckie prawo o sterylizacji. — 56.
11. Sieradzki. — „Niemiecka ustawa sterylizacyjna". Pos. Tow. Lek. Lwow. Str. 937. — 30.
12. Solowij. — W sprawie ustawowej sterylizacji kobiet. Pos. Tow. Lek. Lwow. Str. 937. — 30.
13. Stołyhwo. — Sprawozdanie z konferencji Międzynarodowej Organizacji Eugenicznej w Zurichu. — 61.
14. Szpilbaum. — Czynniki konstytucji i rasy w patologji ludzkiej. 1934. — 61.
15. Szymański. — Kilka uwag w sprawie projektu ustawy sterylizacyjnej — 52.
16. Wernic. — O ustawach eugenicznych w Polsce. — 61.
17. Wernic. — Rozwój eugeniki naukowej na Zachodzie i w Niemczech. — 61.
18. Wirszubski. — Ubezpłodnienie przymusowe jako środek walki z przestępczością. — 65.
19. Żółtowski. — Obezpłodnienie na tle polskiego ustawodawstwa.—29.
20. Żółtowski. — Obezpłodnienie w świetle nauk społecznych. — 15.
21. Żółtowski. — Obezpłodnienie w Polsce. — 15.
22. Grzywo-Dąbrowski. — Zagadnienie obezpłodnienia. Praca i Opieka Społeczna. — IV.

XVI. VARIA.

1. Blassberg. — Konferencja w sprawie higjeny i medycyny pracy.—30.
2. Butrym. — Wypadki samochodowe w Krakowie w ciągu dziesięciolecia 1924—34. — 2.
3. Fundacja im. Fr. Nowodworskiego. Str. 79
4. Grzywo-Dąbrowski. — Polska bibljografja psychjatryczna i neurologiczna za r. 1934. — 48.
5. Grzywo-Dąbrowski. — Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych za r. 1934. — 2.
6. Grzywo-Dąbrowski. — Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. War. za r. 1934. — 2.
7. Hoser. — Na marginesie zarządzeń Min. Komunikacji w sprawie bezpieczeństwa i higjeny pracy. — 20.
8. Kalendarz informacyjny Sądowy za rok 1935. Warszawa, str. 440.

9. Miller. — Bibljografja prawnicza za okres pięcioletni 1930—1934. Str. 357.
10. Opoczyński. — Sekcja zwłok S. Trzebińskiego i jej wyniki. — 41.
11. Okręt. — Winien czy nie winien? Z sali sądowej. Str. 341.
12. Puchowski. Z kazuistyki Zakładu Medycyny Sądowej U. S. B. Pos. Wil. Tow. Lek. Str. 478. — 30.
13. Sokołowski. — O leczeniu głodem. — 59.
14. Skorowidz Rzeczowy Dziennika Ustaw 1918—1934 r. Str. 172. Poznań.
15. Zajdeman. — Tajemnica śledztwa a informacja prasowa. — 66.

STANISŁAW HURWICZ.

PRZYPADEK SAMOISTNEGO PĘKNIĘCIA ŚLEDZIONY.

Pęknięcia śledziony normalnej pod wpływem urazu nie należą do rzadkości. Natomiast pęknięcia samoistne, bez zewnętrznego wpływu, są nieczęste i zdarzają się tylko w przypadkach schorzeń śledziony. Lecz i tego rodzaju pęknięcia zwykle (a może zawsze) następują pod wpływem jakiegoś czynnika mechanicznego, „zewnątrzśledzionowego“, w postaci kichnięcia, kaszlu, wymiotów i t. p., wzmagającego nagle ciśnienie w jamie brzusznej. Możnaby tu mówić o urazie wewnętrznym, endogennym. Opisywane są pojedyncze przypadki pęknięcia śledziony zupełnie zdrowej przy takim endogennym urazie, naprzykład, przy porodzie, lecz nie są one przekonywujące ze względu na brak badania mikroskopowego śledziony. Z drugiej zaś strony, w przypadkach pęknięcia śledziony patologicznej, tylko rzadko w piśmiennictwie nie wspominają o tym „endogennym“ urazie. Muszą być więc dwie przyczyny pęknięcia „samoistnego“ śledziony: jej odpowiednie schorzenie i uraz wewnętrzny, aczkolwiek niezawsze ten ostatni jest uchwytny.

Zmiany patologiczne, usposabiające śledzionę do pęknięcia, według autorów francuskich, w 80% przypadkach dotyczą śledziony malarycznej.

Oczywiście, u nas, gdzie zimnica jest o wiele rzadsza, stosunek ten znacznie się zmienia. Bywa to najczęściej przy durze brzusznym i białaczce szpikowej lub wogóle w sprawach chorobowych, przy których obserwuje się przeistoczenie szpikowe śledziony.

Zaobserwowany przez nas przypadek dotyczy J. W., mężczyzny lat 37, szewca, osadzonego w więzieniu za kradzież, który nagle zmarł w celi.

Przebywał w więzieniu przez dwa tygodnie. Według wywiadu, zebranego od rodziny, zmarły nigdy nie chorował, niekiedy tylko skarżył się, że go boli „w sobie“. Był to człowiek spokojny, pogodny, cieszył się sympatją współwięźniów; wyróżniał się niezwykłym apetytem i prawie codziennie kilku współtowarzyszy odstępowało mu część lub nawet całe porcje obiadowe. W dniu śmierci zjadł swój „dołek“ (miska zawartości litra) grochówki z kartoflami oraz ¼ kg. chleba, następnie jeszcze dwa „dołki“ odstąpione. Poczem wszyscy położyli się na podłodze na poobiednią drzemkę, po której J. W. już nie wstał. Znaleziono go po 20 minutach martwego w tej samej pozycji, w jakiej się położył, na lewym boku, twarzą do ściany.

Sekcja wykazała budowę krępą, dobry stan odżywienia; w jamie brzusznej około dwóch litrów płynnej krwi i nieco luźnych skrzepów.

Śledziona wykazała świeże pęknięcie gwiazdkowate na powierzchni przeponowej, przyczem jeden rowek pęknięcia szedł poprzecznie, prawie przez połowę grubości. Rozmiary śledziony 12 $\times$ 15 $\times$ 4 cm., waga 660 g., miąższ różowo-czerwony, dość miękki, grudki duże, beleczki nieliczne, wąskie. Żołądek sięgał krzywizną dużą do wysokości wyrostka kolczastego przedniego górnego kości biodrowej i zawierał przeszło pięć litrów gęstej treści. Pozatem wynik sekcyjny ujemny, w szczególności gruczoły chłonne i szpik kostny makroskopowo niezmienione.

Badanie mikroskopowe śledziony wykazało liczne grudki o dużym ośrodku rozrodczym; zatoki wąskie, zawierają mało krwi, w miazdze myelocyty i myeloblasty, dające odczyn peroksydazowy; śród nich nierzadkie myelocyty i leukocyty eozynochłonne. Komórek szeregu erytroblastycznego nie widać, tak samo komórek żernych. Mamy więc szpikowe przekształcenie śledziony w kierunku leukoblastycznym.

Badanie gruczołów chłonnych i szpiku kostnego nie wykazało zmian charakterystycznych dla jakiegokolwiek schorzenia układu krwiotwórczego. Brak zmian w innych narządach nie pozwolił wyjaśnić przyczyny stwierdzonych zmian szpikowych w śledzionie.

Przechodząc obecnie do wspomnianej wyżej przyczyny „ekstraljenalnej" pęknięcia, to zn. urazu, możemy wykluczyć uraz zewnętrzny na podstawie akt dochodzenia, dokładnego i niebudzącego wątpliwości, tembardziej, że prowadzonego w kierunku i według wskazówek podanych przez nas samych. Pozostaje więc uraz „wewnętrzny". Był to najprawdopodobniej ucisk niepomiernie przepełnionego żołądka (denat leżał na lewym boku).

HURWICZ.

Un cas de la rupture spontanée de la rate.
(Resumé).

L' auteur decrit un cas de la rupture de la rate hypertrophiée; présentant au microscope des modifications dans sa structure et atteinte d'une transformation leucoblastique.

L'état de réplétion de l'estomac et la position sur le coté gauche de l'individu ont agi comme causes efficientes dans le mécanisme de la mort.

ZDZISŁAW PRZYBYŁKIEWICZ.

BADANIA NAD WYKAZYWANIEM PRZYNALEŻNOŚCI GATUNKOWEJ KAŁU.

Z Zakładu Bakterjologji Uniw. Jagiellońskiego.
Dyrektor Prof. Dr. Marjan Gieszczykiewicz
i
z Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. Jagiellońskiego
Dyrektor Prof. Dr. Jan Olbrycht.

Serodjagnostyką kału zajmowano się dotychczas niewiele, a, jak się z dostępnej mi literatury mogłem przekonać, odczyn wiązania dopełniacza, na którym przedewszystkiem moje doświadczenia oparłem, stosował do badania kału ludzi dorosłych jedynie H. Citron (1). Autor ten jednak, przekonawszy się w kilku wstępnych doświadczeniach, że same wyciągi z kałów silnie wiążą dopełniacz, w dalszych swych badaniach odrzuca tę metodę jako nienadającą się do tego celu i stosuje wyłącznie precypitację.

Badania smółki przy pomocy precypitacji przeprowadzili M. Sohma i M. Wilenko (2). Z badań tych okazało się, że surowica zwierząt uodpornionych smółką dawała strąty z wyciągiem ze smółki i z wyciągiem z zawartości jelita cienkiego dorosłych bez ilościowych różnic, ale zawsze bardzo słabe. Z wyciągiem zaś z kału niemowląt i ze surowicą ludzką wcale strątu nie dawała lub tylko zaledwie ślady. Kał dorosłych z surowicą smółkową wcale nie reagował. Wyciąg ze smółki dawał strąty tylko z precypityną smółkową, z innemi precypitynami wcale nie. Kał pobrany u tego samego osobnika w różnych odstępach czasu po porodzie, zmienia swoją reakcję w tym sensie, że podczas gdy w pierwszych dwóch dniach reaguje tylko z precypityną smółkową, a nie wykazuje odczynu z surowicą zwierząt uodpornionych kałem niemowląt, począwszy od trzeciego dnia po porodzie wykazuje coraz silniejszy odczyn z tą ostatnią precypityną, a coraz słabszy z precypityną smółkową.

Z wyników tych można wysnuć wniosek, że smółka jest materjałem tak w stosunku do kału niemowląt jak i do kału dorosłych, zupełnie odrębnym, porównując zaś wyniki tej pracy z wynikami badań przeprowadzonych przy pomocy odczynu wiązania dopełniacza przez J. Olbrychta i M. Gieszczykiewicza (13) należy tem dobitniej podkreślić dodatnie wyniki tych ostatnich.

Odczyn precypitacyjny do badania kału ludzi dorosłych zastosował pierwszy Biondi (3), przyczem pracował on przy pomocy zwykłej precypityny ludzkiej. Dopiero Brezina (4) zastosował do tego

celu precypitynę uzyskaną przez uodpornienie królików wyciągami z kału, przyczem badał on głównie kał psi, mniej ludzki. W badaniach tych stwierdził on, że surowica uzyskana przy pomocy kału reaguje swoiście z kałem zwierząt homologicznych, najsilniej z wyciągami z kału użytego do uodpornienia. Rodzaj pożywienia jest bez wpływu na reakcję, ponieważ kał ma według tego autora zawierać tylko swoiste gatunkowo dla danego zwierzęcia białko. Odczyn jest bardzo słaby.

Podobne wyniki osiągnął Fuerstenberg (5), który opierając się na badaniach Breziny stara się stwierdzić, w jakich warunkach i jak silne precypityny otrzymuje się przez wstrzykiwanie wyciągów z ludzkiego kału. Zgodnie z Breziną stwierdza on, że osiągnięcie wyższego miana takich precypityn jest rzeczą wogóle niemożliwą, nawet przy zastosowaniu specjalnej metodyki, mającej na celu wzbogacenie wyciągów kałowych w białko antygenowe. U niektórych królików użytych do doświadczeń precypityny we krwi wogóle się nie pojawiały, co zresztą obserwował już Brezina (4).

M. Wilenko (3 i 6) pierwszy na większą skalę przeprowadził badania nad zachowaniem się odczynu precypitacyjnego w kale ludzkim. Stwierdził on, że precypityny uzyskane przez wstrzykiwanie wyciągów z kału ludzkiego królikom, dają najsilniejszą precypitację z wyciągami z normalnych kałów ludzkich. Ze surowicą zaś ludzką reakcja albo wcale nie zachodziła, albo tylko w śladach. Z zawartością rozmaitych odcinków jelita, również reakcja była tylko bardzo nieznaczna. Precypityna zaś uzyskana przez uodpornienie surowicą ludzką daje najsilniejsze strąty z zawartością jelita cienkiego, zaś z zawartością dalszych odcinków przewodu pokarmowego coraz słabsze, a ze zwykłym kałem już tylko ślady. W drugiej swej pracy (6) uzyskuje on precypityny zapomocą wyciągów z treści rozmaitych odcinków jelita ludzkiego. Wyniki odczynów, nastawianych przez mięszanie tak uzyskanych precypityn z wyżej wymienionemi rozmaitemi wyciągami oraz z surowicą ludzką upoważniają go do wypowiedzenia twierdzenia, że pomiędzy antygenami zawartemi w treści poszczególnych odcinków jelita zachodzi większe pokrewieństwo, aniżeli pomiędzy każdym z nich, a antygenami surowicy ludzkiej.

Dalsze szczegółowe badania treści przewodu pokarmowego oraz kału, analogiczne do badań ogłoszonych przez Wilenkę przeprowadzili E. Brezina i E. Ranzi (7), przedewszystkiem na psach z odpowiedniemi przetokami. Na podstawie tych badań doszli oni, między innemi, — do następujących wniosków. Swoiste dla danego gatunku wywoływacze, zawarte w kale, pochodzą z komórek i soków przewodu pokarmowego i są one wszystkie jako takie mniej lub więcej do siebie podobne, tak, że w swojem działaniu na precypitynę uzyskaną z po-

mocą wyciągów z kału częściowo się pokrywają. Otrzymywane przez zawartość przewodu pokarmowego wywoływacze są w nim następnie tak daleko zmieniane, że wnet powstają obficie nowe, tylko dla kału swoiste antygeny, przyczem najsilniejszym zmianom ulegają wywoływacze, które do światła jelita dostają się powyżej odźwiernika żołądka. Precypityna kałowa reaguje tylko bardzo słabo z surowicą krwi i naodwrót. Ostatecznie stwierdzają ci autorzy, na podstawie swych doświadczeń z kałem ludzkim i psim, ze przy pomocy precypitacji nie można przeprowadzić ścisłego gatunkowego źróżnicowania badanego kału.

Twierdzenie tych autorów, że najsilniejszym zmianom ulegają w przewodzie pokarmowym te wywoływacze, które do światła jelita dostają się powyżej odźwiernika, znalazło potwierdzenie w późniejszych o rok badaniach H. Citrona (1). Autor ten stwierdził mianowicie na dużym materjale doświadczalnym, że działanie kwasu solnego z pepsyną w żołądku odbiera białku pokarmowemu w zupełności jego pierwotny charakter antygenowy. Z drugiej jednak strony z badań, przedewszystkiem chemicznych, Abderhaldena i jego współpracowników (8, 9, 10, 11,) wiemy, że i w jelitach odbywa się, może jeszcze dalej idący, rozkład białek pokarmowych. Rozkład zaś ten odbywa się nie tylko pod wpływem fermentów trawiennych przewodu pokarmowego, lecz także i pod wpływem flory bakteryjnej jelit, przedewszystkiem beztlenowców proteolitycznych, które same zdolne są, jak to wynika z badań Passiniego (12), zniszczyć, lub też zmienić pod względem antygenowym białko dostające się do jelita.

W roku 1919 ukazała się w Przeglądzie Lekarskim praca J. Olbrychta i M. Gieszczykiewicza (13), p. t. „Rozpoznawanie gatunkowe smółki zapomocą metody odchylenia dopełniacza", jednakowoż ze względu na zupełnie inny charakter smółki, jako stolca, w skład którego nie wchodzą wcale resztki pokarmowe oraz bakterje, pracy tej do badań właściwego kału nie można zaliczyć. Ze względu jednak na to, że była to pierwsza na większą skalę próba zastosowania odczynu wiązania dopełniacza do badania wydalin przewodu pokarmowego, która zresztą w zupełności się powiodła, praca ta zajmuje wśród tego rodzaju badań zupełnie odrębne stanowisko, a dla mej pracy miała znaczenie wręcz zasadnicze.

Autorzy w pracy swej użyli dwóch metod. Początkowo uzyskawszy precypityny smółkowe, przez wstrzykiwanie wyciągu ze smółki królikom, nastawiali odczyn wiązania dopełniacza z temiż wyciągami, przeprowadzając zawsze równocześnie kontrolę samego wyciągu, samej surowicy oraz systemu hemolitycznego. We wszystkich badanych przypadkach otrzymali oni wynik dodatni, to znaczy wyciąg ze smółki dawał zupełne zahamowanie hemolizy z surowicą nań uodpornioną, podczas

gdy w próbówkach kontrolnych, następowała zupełna homoliza. Przy badaniu swoistości tego odczynu, przekonano się jednakowoż, że taki sam wynik można uzyskać z surowicą i wogóle materjałem zawierającym ciała białkowate ludzkie, podczas gdy z takimiż materjałami zwierzęcemi wynik z reguły wypadał ujemnie. To zjawisko nasunęło autorom myśl, czy wobec tego surowica codziennie używana przy badaniach sądowo - lekarskich plam krwawych, surowica precypitująca, nie mogłaby po unieczynnieniu być zastosowaną do badania smółki. Badania w tym kierunku przeprowadzone dały również wynik w całej pełni dodatni, co było tem dziwniejsze, że nawet wysokowartościowe precypityny ludzkie nie dawały nawet śladu reakcji precypitacyjnej z wyciągami ze smółki. W ten sposób powstała druga biologiczna metoda badania smółki, obecnie poszechnie uznana.

Jak to wynika z przytoczonych prac, badania kału przy pomocy precypitacji dały bardzo nikłe wyniki, w szczególności nie doprowadziły do opracowania metody gatunkowego różnicowania kału. Uzyskiwanie przytem odpowiednich precypityn napotykało na wielkie trudności i było połączone ze stratami materjalnemi, ponieważ uodparniane króliki bardzo źle znosiły wstrzykiwania wyciągów z kału i bardzo dużo zwierząt padało (3, 4, 5, 6, 7).

Tak przedstawiałoby się dostępne mi piśmiennictwo tyczące się badań nad wyciągami z kałów.

Próby zastosowania precypitacji do badania wyciągów z kału, przy użyciu precypityn uzyskanych przez uodpornienie kałem dały wyniki bardzo nikłe, a przeważnie całkiem ujemne. Bardzo dobre zaś wyniki uzyskane w badaniach prowadzonych przy pomocy odczynu wiązania dopełniacza w wyciągach ze smółki, nasunęły pytanie, czy przy pomocy tego odczynu nie możnaby i w zwykłym kale uzyskać wyników lepszych, niż otrzymane przy pomocy odczynu precypitacyjnego. Nie należało jednak zapominać o dużej zawartości białka w smółce, dochodzącej do 15 a nawet 20% pozostałości stałej (J. Olbrycht) (14), która warunkowała dodatnie wyniki zastosowania prób biologicznych do badania smółki, oraz o niepowodzeniach badań H. Citrona (1).

Badania moje, poprowadzone w dwóch zasadniczych kierunkach, miały mi dać odpowiedź na następujące pytania:

1) Czy przy pomocy odczynu wiązania dopełniacza można stwierdzić przynależność gatunkową danego kału?

2) Czy przy pomocy tegoż odczynu uda się wykazać w kale, zasadnicze, zwierzęce białka pokarmowe, w szczególności świńskie i bydlęce?

Ponieważ uzyskanie wysokowartościowych surowic zapomocą uodpornienia wyciągami z kału wręcz było niemożliwem, (patrz wyżej), mu-

siałem w mych badaniach pójść inną drogą, a mianowicie miałem uodparniać króliki białkami, których stwierdzenie w kale dałoby mi twierdzącą odpowiedź na powyższe pytania. Zaletą tej metody była przedewszystkiem jej swoistość, o której trudno mówić przy uodparnianiu wyciągiem z kału, jako materjałem bardzo złożonym i którego skład, nawet u tego samego osobnika w ogromnej mierze ustawicznie się zmienia, w związku czy to z drobnemi nawet zmianami w samym przewodzie pokarmowym, czy to zmianą flory bakteryjnej, czy też samego pożywienia.

Dla rozstrzygnięcia pierwszego pytania wziąłem pod uwagę kał człowieka i psa, jako zwierzęcia stale z człowiekiem przebywającego i którego kał mógłby mieć w pierwszym rzędzie znaczenie w dochodzeniach sądowo - lekarskich (jak tego przykładem proces Gorgonowej). Przechodzenie białek pokarmowych badałem w kale ludzkiem jako najłatwiej dostępnym.

Przed przystąpieniem do właściwego badania, musiałem przygotować sobie pewną ilość surowic królików uodpornionych wyżej wymienionemi białkami, a więc ludzkiem, psiem, świńskiem i bydlęcem. W tym celu uodporniłem na każde poszczególne białko po trzy króliki. Uodparniałem zwierzęta metodą Fujiwary z modyfikacją Olbrychta i Śnieszki (15). Mianowicie, podczas gdy Fujiwara wstrzykuje jako wywoływacz surowicę ściętą w małych ale często powtarzanych dawkach, ci ostatni autorzy wstrzykują w taki sam sposób, ale surowicę nieściętą — surowicę normalną, — a wyniki w ten sposób otrzymane przewyższają oryginalną metodę Fujiwary, z jednej strony przez uzyskanie wyższego miana surowic, z drugiej strony przez brak, ze strony tych surowic objawów hamowania precypitacji w wyższych stężeniach wywoływacza, jaki stale w surowicach zwierząt uodpornionych metodą samego Fujiwary występuje. W tydzień po ostatniem wstrzyknięciu pobrałem u wszystkich królików próbki krwi, przez nacięcie żyły obwodowej ucha i po skrzepnięciu odciągnąłem surowicę, z którą wykonałem mianowanie próbne. Tamowanie krwi uskuteczniałem przez zakładanie odpowiednich zacisków, a jeśli krwawienie mimo to nie ustawało, przyżegałem ranę.

Badanie wartościowości odbywało się według metody Uhlenhutha i Beumera (15). Mianowanie to wykazało, że z 12-tu uodpornionych królików u 6-ciu miano osiągnęło 1:10.000, u 3-ch 1:20.000, u 1-ego nawet 1:40.000. Tylko jeden królik osiągnął miano zaledwie 1:1000, a dwa 1:100. Swoistość wszędzie była bez zarzutu.

Wobec tego, że z wyniku mianowania precypitacyjnego można wprost wysnuwać wnioski, co do zdatności danej surowicy do odczynu wiązania dopełniacza, naturalnie z pewnemi zastrzeżeniami (Sachs i Ritz 16) przystąpiono do pobierania krwi od tych królików, które

osiągnęły miano przynajmniej 1:10.000. Ośm królików wykrwawiono zupełnie z tętnicy dogłowowej, u jednego pobrano około 30 cm^3 krwi przez nakłucie serca. Po odstaniu się surowicy odciągano ją do jałowych probówek, a po zupełnem opadnięciu krwinek rozlewano surowicę do jałowych ampułek, które następnie zatapiano. Po odpowiedniem oznaczeniu ampułek, przechowywano je w lodowni w temperaturze około + 4^0 C.

Następnie przystąpiono do sporządzania wyciągów z kału, przyczem postępowano w następujący sposób: pewną ilość kału rozcierano w czystym kieliszku szklanym z fizjologicznym roztworem soli kuchennej w stosunku 1:5. Zawiesinę, w ten sposób otrzymaną, wlewano do czystej flaszki wyjałowionej, do której wrzucano jeszcze pewną ilość pereł szklanych i wytrząsano na trzęsawce o napędzie elektrycznym przez przeciąg 1—2 h. Następnie, w ten sposób otrzymaną, prawie jednostajną zawiesinę sączono. Sączenie to było najtrudniejszym do rozwiązania problemem w całej pracy około sporządzania wyciągów. Początkowo sączono przez pojedyńczą lub podwójną bibułę, umieszczoną w zwykłym lejku szklanym, do kolbki filtracyjnej, pod nieznacznem ciśnieniem ujemnem. Sączenie jednak po pewnym czasie ustawało spowodu osadzania się części stałych zawiesiny na bibule, a kiedy próbowano zwiększyć ciśnienie, bibuła ulegała przedarciu i całą pracę trzeba było zaczynać nanowo. Prócz tego przesącze w ten sposób otrzymywane, były bardzo mętne, a zmętnienia tego, pochodzącego prawdopodobnie od bakteryj, nie można było usunąć. Ostatecznie najlepszym okazał się następujący sposób sączenia. Do aparatu wyrabianego przez firmę Seitz-Werke w Kreuznach, używanego do sączenia przez płytki azbestowe, zakładano w miejsce płytki azbestowej podwójny kawałek bibuły. Bibuła ta oparta na gęstej siatce drucianej tego aparatu, nawet pod znacznem ciśnieniem ujemnem, wytwarzanem przy pomocy pompy wodnej, nie ulegała przedarciu. Początkowo sączenie odbywało się szybko, ale płyn był nieco mętny, po pewnym jednak czasie, po wytworzeniu się na bibule warstewki części stałych, sączenie zwalniało się, a przesącz zbierający się w kolbce był prawie zupełnie przezroczysty. Przy sączeniu w ten sposób, można było w przeciągu 2 — 3 godzin uzyskać 5 — 6 cm^3 zupełnie zdatnego do użytku przesączu.

Tutaj należy zaznaczyć, że z temi wyciągami, które ze względu na swą przejrzystość do tego celu się nadawały, wykonywano próbę precypitacyjną przy użyciu wyżej wymienionych surowic. W ten sposób zbadano trzynaście na ogólną liczbę 25 zbadanych kałów i we wszystkich przypadkach otrzymano wynik w zupełności ujemny.

Przy użyciu wyżej wymienionej metody przygotowałem sobie wyciąg z 9 kałów ludzkich. Należało się jeszcze przekonać, czy same, w ten sposób otrzymane wyciągi, nie mają własności wiązania dopełniacza.

W tym samym kierunku należało także zbadać surowice (H. Sachs i H. Ritz (16), J. Citron (17). W tym celu przeprowadziłem następujące doświadczenie. Do pięciu probówek, używanych zwykle do odczynu wiązania dopełniacza, rozlałem zmniejszające się o 0.1 cm^3 dawki wyciągu, poczynając od dawki 0,5 cm^3. Jako systemu hemolitycznego używałem surowicy królika uodpornionego na krwinki baranie, o mianie hemolitycznem 1:150, w ilości 2 jednostek hemolitycznych i 5% zawiesiny tychże krwinek. Jako dopełniacza używałem świeżej surowicy świnki morskiej, uprzednio z resztą systemu wymianowanej, w ilości 1½ jednostki hemolitycznej. Po dodaniu do wszystkich 5 próbówek dopełniacza i po dopełnieniu objętości roztworem fizjologicznym soli kuchennej w takiej ilości, by po następowem dodaniu dwuchwytnika hemolitycznego i krwinek cała objętość wynosiła 1,5 cm^3, pozostawiałem próbówki na przeciąg ½ h w ciepłocie pokojowej, poczem na następne ½ h wstawiałem do cieplarki o + 37° C. Po wyjęciu próbówek z cieplarki dodawałem układu hemolitycznego, poczem na następne ½ h wstawiałem próbówki ponownie do cieplarki. Po upływie tego czasu następowało odczytywanie wyników. W ten sam sposób postępowałem z surowicami, tylko badanie surowic rozpoczynałem dopiero od dawki 0,3 cm^3. Przed użyciem surowic do tego badania następowało powtórne ich wymianowanie precypitacyjne, które wykazało zresztą, że przez przeciąg 16 dni, które upłynęły między pobraniem krwi, a tem badaniem, miano surowic zupełnie nie opadło, jedynie czas wystąpienia odczynu przedłużył się o 1 — 2 minut i to nawet nie u wszystkich surowic.

Do właściwego odczynu używałem tej najwyższej dawki wyciągu, która sama nie hamowała hemolizy, przypuszczając, że ilość poszukiwanych w kale wywoływaczy będzie bardzo mała. Ta najwyższa dawka wahała się, jak się mogłem przekonać, pomiędzy 0,3 a 0,05 cm^3.

Wyniki te stoją w sprzeczności ze spostrzeżeniami H. Citrona (1), któremu wiązanie dopełniacza przez same wyciągi nie pozwoliło użyć tej metody biologicznej do badania kału. Inna rzecz, że ogólnikowe jego powiedzenie „same wyciągi silnie wiązały", nie mówi nam nic o tem, w jakich dawkach używał autor tych wyciągów i czy próbował te wyciągi rozcieńczać.

Cztery surowice zwierząt uodpornionych na białko ludzkie, psie, świńskie i bydlęce w najwyższych użytych dawkach, wynoszących 0.3 cm^3, nie hamowały hemolizy. Jedna tylko surowica królika uodpornionego na białko bydlęce aglutynowała krwinki baranie, we wszystkich trzech dawkach 0.3, 0.2 i 0.1 cm^3. Zjawisko to tłumaczyłem sobie początkowo w ten sposób, że we wstrzykiwanej królikowi celem uodpornienia go surowicy bydlęcej mogły się znaleźć zręby zhemolizowanych krwinek by-

dlęcych, które spowodowały powstanie w surowicy krwi tego królika aglutynin zwróconych przeciw krwinkom barana, jako zwierzęcia wykazującego znaczny stopień pokrewieństwa z bydłem rogatem. Przyczyna jednak tego zjawiska leżała w czem innem, jak się o tem później mogłem przekonać. Wobec tej zdolności aglutynacyjnej użyłem do badania wyciągów z kału surowicy drugiego królika uodpornionego na to samo białko, która zdolności do aglutynacji nie wykazywała.

Po tych wstępnych czynnościach można było przystąpić do właściwego zadania. W tym celu rozlewano najwyższe, niehamujące hemolizy, dawki każdego wyciągu do 4 próbówek, dodawano po 0,3 cm.^{3} surowicy, — do pierwszej próbówki surowicy królika uodpornionego na białko ludzkie, do drugiej na psie, do trzeciej na świńskie, do czwartej na bydlęce. Następnie dodawano po 0.3 cm^3 dopełniacza, uprzednio wymianowanego i dopełniano objętość roztworem fizjologicznym soli kuchennej podobnie jak wyżej. Równocześnie przeprowadzano ponowną kontrolę samych wyciągów i samych surowic z dopełniaczem, a zarazem kontrolę układu hemolitycznego, w jednej próbówce z dopełniaczem, w drugiej bez. Wszystkie próbówki przez ½ h. przebywały w ciepłocie pokojowej, a na następne ½ h wstawiano je do cieplarki o + 37⁰ C., poczem dodawano układu hemolitycznego i ponownie wstawiano na przeciąg ½ h do cieplarki. Po upływie tego czasu odczytywano wyniki. Wyniki te są zestawione w tablicy Nr. I. Sposób oznaczania przyjęto z odczynu W a s s e r m a n n a, przyczem znak ++++ oznacza zupełne zahamowanie hemolizy, a więc zupełne związanie dopełniacza, znak — zupełną hemolizę, czyli zupełny brak związania dopełniacza.

Jak z tablicy Nr. I. można się przekonać, wyciągi z kałów ludzkich dały zupełne zahamowanie hemolizy z surowicą królika uodpornionego na białko ludzkie, co wskazywałoby na obecność swoistego wywoływacza w tych wyciągach. Z precypityną psią tylko w jednym przypadku nastąpiło lekkie zahamowanie hemolizy, które jednak należało odnieść do hamującego działania wyciągu z dotyczącego kału Nr. 4, jak to wykazała kontrola samego wyciągu bez surowicy. Ten zupełny brak zahamowania hemolizy we wszystkich drugich próbówkach, wskazywałby na brak swoistego wywoływacza psiego w wyciągach. Z precypityną świńską, we wszystkich 9 wyciągach nastąpiło zupełne zahamowanie hemolizy, natomiast z precypityną bydlęcą w 2 przypadkach nastąpiło zupełne zahamowanie, w 3 zupełny brak zahamowania, a w 4 zahamowanie nieznacznego stopnia. Zachowanie się wyciągów w stosunku do ostatnich dwóch surowic (świńskiej i bydlęcej) wskazywałoby, że albo ludzie spożywają więcej mięsa wieprzowego niż bydlęcego, lub też że mięso wieprzowe jest trudniej strawne, może z powodu zawartości trudno straw-

nego tłuszczu, wskutek czego więcej niestrawionych części tegoż mięsa przechodzi do kału niż mięsa bydlęcego.

Spostrzeżenie to zresztą godzi się z wynikami badań chemicznych London a (18) oraz London a i Polowzowej (19), którzy stwierdzili, że tłuszcze pod wpływem fermentów trawiennych ulegają strawieniu w o wiele mniejszym stopniu niż białka i węglowodany. Specjalnie jeśli chodzi o tłuszcz wieprzowy, według tych autorów, ma on ulegać strawieniu tylko na powierzchni. Cząsteczki białka wieprzowego otoczone zewsząd tym tłuszczem, mogłyby więc łatwiej uchodzić działaniu fermentów trawiennych, jak cząsteczki innych białek.

Należy zaznaczyć, że narazie badano kał ludzi zdrowych, odżywiających się pokarmem mięszanym. Kontrole wyciągów tylko w jednym wypadku dały nieznaczne zahamowanie, o którem wyżej wspomniałem. Kontrole surowic i układu hemolitycznego przedstawiały się bez zarzutu.

Tablica I.

Nr. kału	Wyciąg z precypityną ludzką	Wyciąg z precypityną psią	Wyciąg z precypityną świńską	Wyciąg z precypityną bydlęcą	Kontrola wyciągu	Kontrola precypityny ludzkiej	Kontrola precypityny psiej	Kontrola precypityny świńskiej	Kontrola precypityny bydlęcej	Kontrola składu hemolit. z dopełn.	Kontrola układu hemolityny bez dopełn.
1.	++++	—	++++	+	—	—	—	—	—	—	++++
2.	++++	—	++++	++++	—	—	—	—	—	—	++++
3.	++++	—	++++	+	—	—	—	—	—	—	++++
4.	++++	+	++++	+	+	—	—	—	—	—	++++
5.	++++	—	++++	++	—	—	—	—	—	—	++++
6.	++++	—	++++	—	—	—	—	—	—	—	++++
7.	++++	—	++++	—	—	—	—	—	—	—	++++
8.	++++	—	++++	—	—	—	—	—	—	—	++++
9.	++++	—	++++	++++	—	—	—	—	—	—	++++

Wobec tak zachęcających wyników, przystąpiono do badania wyciągów z kałów psich, sporządzonych w taki sam sposób jak wyciągi z kałów ludzkich. Należało się spodziewać w pierwszych dwóch szeregach

probówek wyników zupełnie odwrotnych, tymczasem, jak to tablica Nr. II przedstawia, wyciągi z kałów psich dały zupełnie taką samą reakcję, jak wyciągi z kałów ludzkich. (Tabl. Nr. II), jedynie ze surowicą bydlęcą uzyskano zahamowanie hemolizy we wszystkich przypadkach o takiem samem nasileniu co ze surowicą świńską. Zastanawiającem było także i to, że tak wyciągi z kałów ludzkich jak i psich, które po ½ h. pobycie w cieplarce dawały z surowicą zwierzęcia uodpornionego na białko ludzkie zupełne zahamowanie hemolizy, po dłuższem następowem staniu w ciepłocie pokojowej, hemolizowały zupełnie.

Tablica II

Nr. kału	Wyciąg z precypityną ludzką.	Wyciąg z precypityną psią.	Wyciąg z precypityną świńską.	Wyciąg z precypityną bydlęcą.	Kontrola wyciągu	Kontrola precyp. ludzkiej.	Kontrola precyp. psiej.	Kontrola precyp. świńskiej.	Kontrola precyp. bydlęcej	Kontrola układu hemolit. z dopełn.	Kontrola układu hemolit. bez dopełn.
1.	++++	—	++++	++++	—	—	—	—	—	—	++++
2	++++	—	++++	++++	—	—	—	—	—	—	++++
3.	++++	—	++++	++++	—	—	—	—	—	—	++++
5.	++++	—	++++	++++	—	—	—	—	—	—	++++
6.	++++	—	++++	++++	—	—	—	—	—	—	+±++

To identyczne zachowanie się wyciągów z kałów ludzkich i psich wymagało wyjaśnienia. Następowa hemoliza krwinek baranich w pierwszych szeregach probówek nasuwała sama przez się myśl, czy też sama surowica królika uodpornionego na białko ludzkie nie zawiera swoistych hemolizyn dla krwinek baranich. W tym też przedewszystkiem kierunku poprowadzono badania kontrolne.

Wykazały one rzeczywiście, że powyższe przypuszczenia były zupełnie słuszne. Surowice, z wyjątkiem surowic zwierząt uodpornionych na białko świńskie, dalej jednej precypityny ludzkiej i jednej bydlęcej, zawierały swoiste oddziaływacze (przeciwciała) dla krwinek baranich, przyczem najsilniej w tym kierunku działającemi okazały się surowice zwierząt uodpornionych na białko psie, z których jedna osiągnęła miano hemolityczne 1:1500. Czy rozchodziło się tutaj o zawartość normalnych hemolizyn we krwi u danych królików, których miano podniosło się pod wpływem uodporniania, czy też pod wpływem uodpornienia obcogatunkowem białkiem powstały u nich nieswoiste oddziaływacze dla krwinek ba-

ranich, jak to obserwował w swych badaniach J. Forssmann (20), tego nie dało się retrospektywnie rozstrzygnąć. Prawdopodobnie w tych surowicach, które miano hemolityczne miały niskie zachodziło pierwsze zjawisko (normalne hemolizyny), w tych zaś, które miano miały wysokie, drugie, a może jedno i drugie zjawisko.

Teraz także mogłem sobie wytłómaczyć opisane wyżej zjawisko aglutynacji, zaobserwowane w jednej z precypityn bydlęcych. Przy dużych bowiem stężeniach dwuchwytnika hemolitycznego, krwinki ulegają nie hemolizie lecz aglutynacji, jak to obserwowali w swych doświadczeniach J. Dunin-Borkowski i M. Gieszczykiewicz (21).

Jak zwykła, przez uodpornienie krwinkami baraniemi uzyskana, hemolizyna składał się ten nieswoiście wywołany oddziaływacz z dwuchwytnika i dopełniacza, ponieważ przez ogrzanie półgodzinne do + 56° C. można było surowice te, wykazujące obok swoistych precypityn także i własności hemolityczne unieczynnić, a przez następowe dodanie świeżej surowicy świnki morskiej, nanowo uczynnić.

W każdym razie ta zawartość swoistego dwuchwytnika dla krwinek baranich we wszystkich precypitynach psich i w jednej z dwu ludzkich, uniemożliwiła mi rozstrzygnięcie pierwszego z dwu zasadniczych zagadnień, zwłaszcza że drugiej precypityny ludzkiej, nie zawierającej dwuchwytnika hemolitycznego, miałem zapas bardzo mały, który skończył mi się w trakcie badań kontrolnych. Próbowałem rozcieńczać surowice tak daleko, aż stracą one swe hemolityczne działanie, wówczas jednak traciły one także swoiste działanie na odpowiednie białka i nie były w stanie wiązać dopełniacza nawet w tak niskich rozcieńczeniach wywoływacza jak 1:10 i 1:100. Można było wprawdzie próbować jeszcze wyabsorbować hemolityczny dwuchwytnik przy pomocy krwinek baranich, a potem wykazać siłę wiążącą dopełniacz przy pomocy krwinek wołowych, tak jak to udało się Graetzowi (16) lub też wprost użyć krwinek wołowych, ale są to tylko „sztuczki laboratoryjne", które mogą spowodować wystąpienie nieswoistych odczynów (H. Sachs i H. Ritz 16).

Pozostałe dwie surowice zwierząt uodpornionych na białko świńskie i jedną na białko bydlęce, które nie zawierały hemolizyn, po unieczynnieniu ich przez półgodzinne ogrzewanie do + 56° C., wymianowałem według wskazówek Sachsa i Neissera (16,17), którzy opracowali szczegółowo metodę stosującą odczyn wiązania dopełniacza do badania zwierzęcych wywoływaczy. W tym celu mięszałem zmniejszające się dawki precypityn z 0.001, 0.0001, 0.00001 i 0.000001 cm^3 homologicznego wywoływacza, przyczem okazało się, że najkorzystniej działa ta dawka 0.3 cm^3 surowicy rozcieńczonej 1:3. Dawała ona z 0.00001 cm^3

homologicznego wywoływacza zupełne związanie dopełniacza, przyczem swoistość, badana z takimiż dawkami heterologicznego wywoływacza, była bez zarzutu. Równocześnie przeprowadzałem kontrole, czy same wywoływacze (homol. i heterol.) i same surowice nie wiążą dopełniacza i czy układ hemolityczny pracuje bez zarzutu.

W badaniach sądowo - lekarskich używa się zazwyczaj do odczynu wiązania dopełniacza takiej dawki surowicy, która jest zdolna do związania dopełniacza przy obecności 0.0001 cm³ homologicznego wywoływacza, zaś przy obecności mniejszych ilości wywoływacza już go nie jest w stanie związać. Jeżeli jednak chodzi o badania laboratoryjne nad wykrywaniem wywoływaczy, można używać możliwie najwyższej dawki. Naturalnie ta najwyższa dawka surowicy nie może sama wiązać dopełniacza, o tem należy dokładnie się przekonać (H. Sachs i H. Ritz).

Tablica III.

Nr. kału	Wyciąg z precypityną świńską	Wyciąg z precypityną bydlęcą	Kontrola wyciągu	Kontrola precypityny świńskiej	Kontrola precypityny bydlęcej	Kontrola układu hemol. z dopełn.	Kontrola układu hemol. bez dopełn.	Uwagi
1.	++++	+	—	—	—	—	++++	Pożywienie mięszane. Próba benzydyn. +.
2.	++++	++	—	—	—	—	++++	Pożywienie mięszane. Próba benzydyn. +.
3.	++++	+	—	—	—	—	++++	Pożywienie mięszane. Próba benzydyn. +.
4.	++++	+	—	—	—	—	++++	Pożywienie mięszane. Próba benzydyn. +.
5.	+++	+	—	—	—	—	++++	Pożywienie mięszane. Próba benzydyn. +.
6.	+	+	—	—	—	—	++++	Djeta bezmięsna 2 dni. Próba benzydyn. —.
7.	++	—	—	—	—	—	++++	Djeta mięsz. Biegunka. Próba benzydyn. —.
8.	++	++++	—	—	—	—	++++	3 dni mięso woł. i ciel. Próba benzydyn. +.
9.	+	+++	—	—	—	—	++++	3 dni djeta jak Nr. 8. Próba benzydyn. +.
10.	+	+++	—	—	—	—	++++	3 dni djeta jak Nr. 8. Próba benzydyn. +.
11.	+++	+	—	—	—	—	++++	2 dni bez mięsa, potem 1 dzień mięso wieprz. Próba benzydyn. —.

Po takiem wymianowaniu surowic przystąpiłem do sporządzenia nowych wyciągów z kałów ludzkich, aby móc uzyskać pewne wskazówki przynajmniej co do drugiego zasadniczego zagadnienia. Sporządziłem 11 wyciągów i każdy z nich badałem z powyżej ustaloną dawką surowicy królików uodpornionych na białko świńskie i bydlęce. Wyniki zestawione są na tablicy Nr. III.

Ponieważ przeprowadzałem tutaj doświadczenia nad wpływem różnych djet mięsnych i bezmięsnych na odczyn wiązania dopełniacza, z każdym kałem nadto dokonywałem orjentacyjnej próby benzydynowej.

Kały od 1 do 5 pochodzą od ludzi normalnych, nie zwracających uwagi na gatunek mięs, jakie spożywają. We wszystkich pięciu przypadkach dostałem zupełne (++++), lub prawie zupełne (+++—) związanie dopełniacza z precypityną świńską, a tylko nieznaczne związanie z precypityną bydlęcą. Przypuszczalną przyczynę tego zjawiska wyłuszczyłem powyżej.

Kał Nr. 6, pochodzi od człowieka, który przez dwa dni wstrzymał się wogóle od jedzenia mięsa. Mimo to nastąpiło lekkie (+———) związanie dopełniacza tak z precypityną świńską, jak i bydlęcą. Co do wywoływacza świńskiego, to ponieważ kał ten pochodził od człowieka jadającego w jadłodajniach publicznych, być może, że choć człowiek ten z całą pewnością wstrzymał się od jedzenia mięsa, drobne ilości wywoływacza mogły się były dostać do kału z tłuszczem, na jakim prawdopodobnie sporządzano potrawy. Wywoływacz bydlęcy mógł natomiast pochodzić z mleka, od picia którego człowiek ten się nie wstrzymywał. Odczyn wiązania dopełniacza był w stanie wykazać te drobne ilości wywoływaczy, mimo że tak czuła próba benzydynowa wypadła ujemnie, tak jak się to dzieje u osobników normalnych przy stosowaniu djety bezmięsnej.

Kał Nr. 7 pochodzi od człowieka normalnego, który z niewiadomych przyczyn dostał silnej biegunki. Stolec, który dostałem do badania, był ósmym stolcem tego człowieka w tym dniu. Próba benzydynowa wypadła ujemnie, a mimo to otrzymałem lekkie związanie dopełniacza z precypityną świńską. Trzy kały Nr. 8, 9 i 10 pochodzą od ludzi, którzy przez 2 — 3 dni spożywali tylko mięso wołowe i cielęce. Mimo to z precypityną świńską nastąpiło lekkie związanie dopełniacza. Przyczyna przypuszczalnie była ta sama co przy kale Nr. 6. Pomimo trzydniowego żywienia się tylko wspomnianemi rodzajami mięsa, w dwu przypadkach nie udało się uzyskać z precypityną bydlęcą zupełnego związania dopełniacza, prawdopodobnie wskutek tego, że mięso wołowe i cielęce, jako łatwiej strawne, ulega dokładniejszemu strawieniu, o czem już wyżej wspomniałem.

Kał Nr. 11, pochodzi od tego samego człowieka co kał Nr. 6. Po dwu dniach djety bezmięsnej jadł ten człowiek przez jeden tylko dzień mięso wieprzowe, a w następnym dniu rano oddał stolec do badania. Próba benzydynowa była jeszcze ujemna, a mimo to nastąpiło prawie zupełne związanie dopełniacza z precypityną świńską (+++—). Przypuszczalną przyczynę lekkiego związania dopełniacza z precypityną bydlęcą wytłumaczyłem powyżej.

Tak więc przy pomocy odczynu wiązania dopełniacza mogłem stwierdzić w wyciągach z kałów ludzkich obecność wywoływacza świńskiego w większej, a wywoływacza bydlęcego w mniejszej ilości. Wywoływacze te dawały się stwierdzić nawet w kałach, które nie dawały próby benzydynowej. Obecności wywoływacza ludzkiego z jednej, a psiego z drugiej strony, z powodów natury technicznej, wyłuszczonych powyżej, stwierdzić nie mogłem.

Tutaj muszę ponownie zaznaczyć, że z temi wyciągami, które udało mi się uzyskać jako prawie zupełnie przejrzyste, wykonywałem próbę precypitacyjną, jednakowoż zupełnie bez rezultatu. Może się to dziać albo z tego powodu, że próba precypitacyjna jest mniej czuła, albo też wywoływacz po przejściu przewodu pokarmowego jest już tak zmieniony, że odczynu precypitacyjnego już nie daje, ma jednak jeszcze zdolność wiązania dopełniacza w obecności odpowiedniej surowicy. To ostatnie zjawisko stwierdzili, Liefmann w badaniach nad zwierzęcemi, Wassermann zaś nad bakteryjnemi wywoływaczami (H. Sachs i H. Ritz).

Sprzeczność tych moich obserwacyj z wynikami badań przedewszystkiem Breziny (4, 7), Wilenki (2, 3, 6) oraz Fuerstenberga (5), którzy wykonując próbę precypitacyjną w wyciągach z kałów przy użyciu homologicznych surowic, otrzymywali prawie zawsze wyniki dodatnie, choć zwykle bardzo słabe, spowodowane jest prawdopodobnie stosowaniem przezemnie odmiennej metodyki w stosunku do wyżej wymienionych autorów. Podczas gdy mianowicie Brezina, Wilenko i Fuerstenberg wykonywali próbę precypitacyjną w ten sposób, że mięszali odpowiednie precypityny z wyciągami z kałów, poczem wstawiali próbówki na kilka godzin do cieplarki, a wyniki odczytywali po upływie tego czasu, lub nawet po 24 h, co mogło przecież powodować powstawanie nieswoistych strątów (15), ja posługiwałem się, obecnie prawie wyłącznie używaną, próbą pierścieniową, podaną przez Uhlenhutha i Beumera (15), przy której odczytywanie wyników następuje po 20 minutach stania próbówek w ciepłocie pokojowej.

Jednakowoż ze względu na dziwne zachowanie się odczynu wiązania dopełniacza w drugiej (Tabl. II) serji doświadczeń, w której kały psie dały zahamowanie hemolizy z precypityną ludzką, dalej ze względu na to, że mimo djety bezmięsnej, lub żywienia się wyłącznie mięsem wołowem i cielęcem nie udało się uzyskać z odpowiedniemi surowicami zupełnego braku związania, lub zupełnego związania dopełniacza, aczkolwiek zjawisko to możnaby sobie wytłumaczyć także w sposób wyżej podany, nasunąć się musi przypuszczenie, że odczyn wiązania dopełniacza w wyciągach z kału, który przecież jest materjałem bardzo złożonym, może przebiegać nieswoiście. Ścisłe rozstrzygnięcie tego zagadnienia wymagałoby dalszych badań w tym kierunku.

Na tem musiałem badania moje narazie zakończyć, zmuszony do tego wyczerpaniem się zapasu precypityny bydlęcej, wyniki tych badań atoli pozwalają na wysnucie następujących wniosków:

1. Próba precypitynowa nie nadaje się do wykazywania przynależności gatunkowej kału, gdyż wypada z wyciągami kałowemi zasadniczo ujemnie.

2. Odczyn wiązania dopełniacza wypada często dodatnio przy zmięszaniu wyciągów kałowych z surowicami precypitynowemi w obecności dopełniacza, jednak wyniki przeważnie nie są swoiste z różnych przyczyn, wśród których podnieść należy:

a) częstą obecność hemolizyn dla krwinek baranich, nawet w bardzo dużych dawkach, w surowicach królików uodparnianych surowicami obcogatunkowemi, zwłaszcza psią, w mniejszym stopniu ludzką i bydlęcą;

b) reagowanie pewnych precypityn z wyciągami kałowemi bez względu na przynależność gatunkową tychże.

Na zakończenie niech mi będzie wolno złożyć gorące podziękowanie Panu Prof. D-rowi M. Gieszczykiewiczowi, Dyrektorowi Zakładu Bakterjologji Uniw. Jagiel. za łaskawe poddanie mi tematu do niniejszej pracy oraz za cenne rady i wskazówki. Dziękuję również gorąco za wskazówki rzeczowe i bibljograficzne Panu Prof. D-rowi J. Olbrychtowi, Dyrektorowi Zakładu Medycyny Sądowej U. J. Również i Panu Doc. D-rowi St. Śnieszce, z którego doświadczenia w pełni korzystałem zwłaszcza przy uzyskiwaniu precypityn, należą się słowa podzięki.

Untersuchungen über Nachweis der artspezifischen Herkunft des Kotes.

Zusammenfassung:

Wässerige Menschen- und Hunde- Kotextrakte wurden hauptsächlich mittels Komplementbindungsprobe und telweise auch mittels Präzipitationsprobe untersucht, um erstens ihre artspezifische Herkunft

festzustellen um Nahrungseiweiss, besonders Schweine- und Rindeiweiss nachzuweisen.

Zur Untersuchung wurden Sera von Kaninchen gebraucht, die mit Menschen-, Hunde-, Schweine-, und Rind-serum immunisiert worden sind.

Die Untersuchungen haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

1. Mit Präzipitationsprobe kann man die artspezifische Herkunft des Kotes nicht feststellen, weil dieselbe in den Kotextrakten immer negativ ausfällt.

2. Komplementbindungsprobe war bei Anwendung von Kotextrakten oft positiv, jedoch der Verlauf der Untersuchung spricht nicht für ihre Spezifizität. Die Ursachen dieser nichtspezifischen Bindung sind folgende:

a) Hämolysine für Schaferythrozyten sind im Serum von Kaninchen, die mit fremdartigem Serum, besonders Hundeserum, immunisiert waren, häufig vorhanden.

b) Manche Serumimmunsera binden das Komplement mit Kotextrakten, ohne Rücksicht auf artspezifische Herkunft dieses Kotes..

PIŚMIENNICTWO.

1. H. Citron. Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte. Berlin. 1911 r. T. 36, zesz. 3, str. 358. 2. M. Sohma i M. Wilenko. — Ztschrift f. Immunitforsch. Org. 1909 r. T. 3, str. 1. 3. M. Wilenko. — Ztschrift f. Immunitforsch. Org. 1909 r. T. 1, str. 218. 4. E. Brezina. — Wien. klin. Wochschrift. 1907 r. Nr. 19, str. 560. 5. A. Fuerstenberg. — Berlin. klin. Wochschrift. 1908 r. Nr. 2. 6. M. Wilenko. — Wien. klin. Wochschrift. 1908 r. Nr. 48, str. 1664. 7. E. Brezina i E. Ranzi. — Ztschrift f. Immunitforsch. Org. 1910 r. T. 4, str. 375. 8. E. Abderhalden, Kautzsch i London. — Hoppe-Seylers Ztschrift f. physiol. Chemie. 1906 r. A. 48, str. 549. 9. E. Abderhalden. C. Funk i E. London. — tamże. 1907 r. T. 51, str. 276. 10. E. Abderhalden. L. Baumann i E. London. — tamże. 1907 r. T. 51, str. 384. 11. E. Abderhalden, Kornel von Körösy i E. London. — tamże. 1907 r. T. 53, str. 149. 12. F. Passini. Ztschrift f. Hygiene. 1905 r. T. 49, str. 135. 13. J. Olbrycht i M. Gieszczykiewicz. — Przegl. lekarski. 1919 r. 14. J. Olbrycht. — O smółce pod wzgl. sad.-lekarskim. Kraków. 1919 r. 15. J. Olbrycht i St. Śnieszko. — Pol. gazeta lekar. Rocznik 8. Nr. 11 do 15. 16. H. Sachs i H. Ritz. — Diagnostik mittels Komplementbindung. w Kolle-Wassermanna. Handbuch der pathog. Microorg. Wyd. drugie. 1913 r. T. 3. 17. J. Citron — w Kraus-Lewaditiego. Handbuch der Technik u. Met. der Immunitatsforsch. Wyd. 1908. T. 2. str. 1076. 18. 9. London. — Hoppe-Seylers Ztschrift f. physiol. Chemie. 1907 r. T. 50, str. 125. 19. E. London i Polowzowa — tamże. 1907 r. T. 53, str. 447. 20. J. Forssmann. — Jahresbericht über Ergebnisse der Immunitatsforsch. T. 7. 1911 r., str. 163. 21. J. Dunin-Borkowski i M. Gieszczykiewicz. — O odchyleniu komplementu przez nadmiar amboceptora, Extrait du Bulletin de l'Academie de sciences de Cracovie. Octobre 1910 r.

JERZY WŁADYSŁAW ŚLIWOWSKI.

KWESTJA STERYLIZACJI I KASTRACJI NA KONGRESIE KARNYM I PENITENCJARNYM W BERLINIE.

Na XI Kongresie Karnym i Penitencjarnym, który odbywał się w Berlinie w dniach 19—24 sierpnia 1935 r., była rozważana i dyskutowana, jako jeden z najważniejszych, o ile nie najważniejszy punkt porządku dziennego — po raz pierwszy w sposób wszechstronny, choć niezawsze objektywny, była rozstrząsana po raz pierwszy naprawdę na miarę światową — kwestja, zajmująca dziś powszechnie uwagę, zagadnienie niezwykle aktualne i palące i to zarówno w dziedzinie eugeniki, jak i polityki penitencjarnej — zagadnienie sterylizacji i kastracji.

Kwestją tą zajmowała się sekcja III Kongresu, rozważająca zagadnienia z dziedziny prewencyjnej. Przewodniczącym tej sekcji był prof. Delaquis, doniedawna profesor uniwersytetu w Hamburgu, referentem generalnym był prof. Naville, również wykładowca Genewskiego Uniwersytetu. Obrady były bardzo ożywione, napięcie i zainteresowanie sięgało najwyższej miary, a całe zagadnienie było właściwem centrum obrad ogólnokongresowych. Zaznaczyć należy, że oprócz interesu czysto naukowego, zainteresowany był w takiem czy innem rozwiązaniu zagadnienia także i rządzący kierunek polityczny Trzeciej Rzeszy. Kierunkowi temu zależało przedewszystkiem, aby Kongres zaaprobował istniejący porządek rzeczy w Niemczech, których ustawodawstwo w tej dziedzinie idzie niezmiernie daleko i pozwala na zastosowanie obu środków nawet wbrew woli osoby zainteresowanej (przeciwnie nawet wbrew jej). Niemcy zdawali sobie sprawę z tego, że, gdyby stanowisko ich było odosobnione, gdyby poniosło klęskę na Kongresie, wówczas i ich ustawodawstwo byłoby uznane powszechnie za nieoparte na podstawach naukowych, a zatem oparte na podstawach błędnych. Z punktu widzenia politycznego, byłby to dla nich cios nielada, tem więcej, że wiadomość o tem szybko rozniosłaby się i ustawodawstwu niemieckiemu, którem Niemcy chlubią się stale, dobrej propagandy nie uczyniła.

Nieszczęście chciało, że to zagadnienie, do którego podchodzić należy ze szczególną ostrożnością i krytycyzmem, z subtelnem oczekiwaniem i sprawdzaniem wyników naukowych, z pominięciem wszelkich momentów utylitarno-politycznych, było dyskutowane właśnie na Kongresie Berlińskim, w kraju, w którym dzisiaj przy najlepszej nawet woli gospodarzy od wspomnianych momentów nie można abstrahować. W momencie kiedy dokonywano wyboru miejsca obecnego Kongresu nie było mowy jeszcze o rządzie hitlerowskim w Niemczech. Takie właśnie zagadnienia najlepiej dyskutować w krajach, gdzie atmosfera polityczna nie jest rozpalona do

białości i gdzie każde zagadnienie musi wywołać samo przez się poważny oddźwięk polityczny. W rezultacie tego nastawienia Niemcy poprostu i specjalnie dla interesującej nas kwestji zmajoryzowali Kongres, obsadzając go większą ilością delegatów, aniżeli wynosiła ilość delegatów pozostałych państw, w rezultacie czego uzyskali bez trudności większość głosów, pomimo, że w pracach przygotowawczych na Kongres stanowisko ich nie było prawie przez nikogo podzielone. Z delegacji państw obcych za tezami niemieckiemi głosowała delegacja czeska, co może wzbudzić wielkie zdziwienie, zważywszy na wrogie nastawienie polityczne obu państw. Zresztą dokładne sprawozdanie nie było uczestnikom podane, gdyż pomimo żądania nie zostało przeprowadzone głosowanie delegacjami krajowemi, co dałoby dopiero pojęcie o realnym układzie sił. Nie ulega jednak wątpliwości, że znaczna większość krajów wypowiedziała się przeciwko tezom niemieckim i, że gdyby głosowano należycie, tezy te niewątpliwie upadłyby. Stąd jasny wniosek, że nie sposób traktować tez uchwalonych przez Kongres Berliński za ogólną opinję świata naukowego, za którą w żadnym wypadku uchodzić nie mogą, że przeciwnie są jednostronnemi wnioskami, gwoli racjom politycznym uchwalonemi i że świat naukowy odpowiedzią tą w żadnym wypadku nie może się zadowolić i musi szukać odpowiedzi gdzieindziej, na terenie więcej neutralnym, więcej rzeczowym i objektywnym, gdyż tylko dociekania i wnioski niezbarwione subjektywizmem mogą pretendować do wielkości prawdy naukowej.

Kongresy urządzane przez Komisję Międzynarodową karną i penitencjarną, a do takich właśnie zalicza się Kongres Berliński, są zorganizowane w ten sposób, że z początku grono osób zaproszonych przez Biuro Komisji przygotawia szereg prac na tematy, które mają być dyskutowane na Kongresie. Te prace są następnie drukowane i rozsyłane referentom generalnym i stanowią podstawę dyskusji, a z drugiej strony ten zasadniczy materjał teoretyczny, który pozostaje po kongresie w postaci trwałego dorobku, zwykle jest punktem wyjścia dla dalszych studjów. Tak również było i w wypadku interesującej nas kwestji i dlatego podamy za chwilę w streszczeniu najciekawsze wywody odnośnych referentów. Referent generalny przygotowuje swój referat syntetyczny, a na końcu tegoż są umieszczone tezy, stanowiące podstawę dyskusji i głosowania. Poważnym plusem takiego ujęcia rzeczy i rozdzielenia referatów pomiędzy poszczególne kraje jest fakt, iż w tym wypadku poszczególni referenci wywodzą i tłumaczą punkt widzenia opinji w ich kraju, w danym zaś konkretnym wypadku także ustawodawstw sterylizacyjnych bądź już będących prawem obowiązującem, bądź też dopiero projektowanych. Naogół zgłoszone referaty (niestety nie było pomiędzy niemi żadnego polskiego) w ilości 11 podzielić można na 3 grupy: bezwzględnie dopuszcza-

jące i aprobujące sterylizację i kastrację, dopuszczające oba środki, lub jeden z nich z większemi i mniejszemi zastrzeżeniami i takie, które bezwzględnie wprowadzeniu ich się sprzeciwiają. Ta ostatnia grupa jest w niezwykłej i przygniatającej większości, podczas gdy głosy zalecające wprowadzenie obu środków bez zastrzeżeń są najrzadsze.

Referentem całkowicie aprobującym i pochwalającym zarówno sterylizację, jak i kastrację, jest Dr. A. G u t t z Niem. Min. Sprawiedl. w Berlinie. Uważa on, że na sterylizację nie należy patrzeć z punktu widzenia karno-prawnego, przeciwnie, ujmować ją należy z punktu widzenia higjeny rasy. Korzystniej dla przestępnej jednostki będzie się poddać odpowiedniemu zabiegowi, uwalniającemu ją od możności szkodzenia społeczeństwu, aniżeli długoletnia a nieraz dożywotnia kara pozbawienia wolności. Kwestja stosunku Kościoła Katolickiego do sterylizacji jest zagadnieniem niewątpliwie z punktu widzenia krytyczno-naukowego zasługującem na szersze i wszechstronne omówienie.

Do przeciwników sterylizacji należy Dr. N o r w o o d E a s t z Londynu. Sterylizacja może powstrzymać tworzenie jednostek przestępnych, ale także i jednostek twórczych społecznie. Kara pozbawienia wolności następuje często w późnym wieku, a wtedy stosowanie sterylizacji chybiałoby celu. O istotnej roli dziedziczności, w dziedzinie przestępczości właściwie nic nie wiemy i dlatego z tego punktu widzenia nie możemy zalecać wprowadzenia wspomnianego środka. Najwięcej inteligentni, a przeto i niebezpieczni przestępcy są nieuchwytni, a przez to podlegać sterylizacji mogą stosunkowo mniej niebezpieczni. Brak dostatecznie naukowo sprawdzonych wyników, abyśmy mogli wyciągać jakiekolwiek wnioski w materji skuteczności i celowości przeprowadzanej kastracji. To samo można powiedzieć i o sterylizacji. Można zezwolić na stosowanie obu środków dobrowolnie, ale nigdy niemożna ich łączyć z czynnikiem kary. Baczna obserwacja rezultatów operacji może nam zczasem wiele wyjaśnić. Moment eugeniki ma ogólne zastosowanie i nie powinien być połączony z wąską płaszczyzną reakcji antyprzestępnej.

Również przeciwko sterylizacji w sposób zasadniczy zwraca się prof. G. P. B o n c o u r z Paryża. Według niego kwestja sprowadza się do odpowiedzi na dwa pytania: a) jak zrealizować selekcję osobników, którzy mają być poddani sterylizacji, i b) jakie są rezultaty i czy odpowiadają one nadziejom. Zachodzi brak pewności przekazywania potomstwu obciążeń, gdyż nigdy nie wiadomo, czy dane obciążenie jest wynikiem dziedziczności, czy też rezultatem choroby wewnątrz-łonowej. Autor powołuje się na Dr. Vigne'a i Dr. Brianda, Szwarca, Hamela i Pappilanta. Czy stosując sterylizację przypadkowo nie poświęcilibyśmy przyszłych jednostek

wysokowartościowych? Mogą się zdarzyć wypadki regeneracji w rodzinie. Wyniki statystyczne są mało pewne i zadawalające. Ostatecznie nie wiemy wiele o mocy obowiązującej praw dziedziczności, a nieznając ich dostatecznie nie możemy zalecać przyjęcia żadnych środków. Rezultaty sterylizacji też są zawodne. Nie wiemy nic o czasokresie potrzebnym do wyeliminowania upośledzonych, a autorzy rozmaicie to zagadnienie rozwiązują. Sterylizacja młodych jest najwięcej wskazaną, a u nich właśnie wywołuje najszkodliwsze skutki. Również kastracja wywołuje rozliczne zaburzenia. Ponieważ jesteśmy ciągle w epoce poszukiwań, najdalszym ustępstwem może być tylko zezwolenie lekarzowi robienia odpowiednich zabiegów za zgodą pacjenta.

Również do rzędu zdecydowanych przeciwników sterylizacji i kastracji zalicza się prof. Silvio Longhi, prokurator Sądu Najwyższego w Rzymie. Autor w swej gruntownej pracy ilustruje stan ustawodawstwa światowego w tej materji. Stwierdza, że proces ewolucyjno-dziedziczny podlega ciągłym zmianom. Prawo dziedziczenia nie jest prawem ciążenia, a ustalić można wyłącznie tylko pewne cechy transmisji. Rozmaite czynniki wpływają na organizm w trakcie tworzenia. Autor jest przeciwny wogóle kastracji, gdyż ta mogłaby nastąpić w każdym razie dopiero po przestępstwie, a więc wtedy, gdy byłoby już zapóźno. Sterylizacja może mieć miejsce tylko za zgodą zainteresowanego.

Wreszcie także zastosowanie sterylizacji i kastracji zwalcza autor hiszpański Dr. Delgin Camporredendo Fernandez. Zdaniem jego kastracja wpływa szkodliwie na organizm, a nie jest udowodnione, by leczyła perwersje seksualne, z tych więc względów nie należy jej stosować. Również referent nie zaleca wprowadzenia sterylizacji. Nie wiemy dokładnie, czy przestępczość jest rezultatem genotypu, czy środowiska. Różnicy pomiędzy przestępcą i nie przestępcą nie sposób ustalić w sposób niezawodny. Prawdą jest, że przestępcy są często upośledzeni, ale upośledzonemi są nietylko przestępcy. Dochodzi do tego trudność przeprowadzenia sterylizacji u kobiet, gdyż zabieg operacyjny jest trudny, sterylizacja przez zastosowanie promieni X jest b. szkodliwa. Z tych względów należy poniechać myśli o stosowaniu sterylizacji, jako środka natury karnej, lub eugenicznej.

Wszystkie wyżej wymienione argumenty, ilość których zarówno pro, jak i contra była znaczna w ten lub inny sposób poruszone były w dyskusji, która prowadzona była zarówno w sekcji, jak i na plenum Kongresu w sposób b. intensywny, chwilami nawet żywiołowy. Różnica postawienia jej na Kongresie i w pracach przygotowawczych polegała tylko na uporczywem podkreślaniu bezwzględnego stanowiska niemieckiego, a to dzięki niezwykłej i niewłaściwej majoryzacji przez delegatów

niemieckich. Należy stanowczo zaprotestować przeciwko podobnym metodom na kongresach naukowych, których zadaniem przecież jest nie wyświadczenie politycznej usługi rządowi kraju, gdzie się kongres odbywa, lecz dojście do pewnych objektywnych rezultatów po rzeczowej dyskusji i po żmudnych, istotnych dociekaniach.

Zdumiewającem nieco było stanowisko referenta generalnego prof. Navielle'a. Referent gen., który znał doskonale poszczególne referaty, zajął stanowisko zupełnie odrębne od większości sprawozdawców i — zaznaczyć należy — całkowicie jednostronne. Tezy jego zostały całkowicie przyjęte przez Kongres znaczną większością głosów niemieckich, a delegacje wielu pozostałych państw zostały poprostu przegłosowane. Nazajutrz w prasie niemieckiej na tytułowej stronie olbrzymiemi czcionkami było wydrukowane: „Kongres penitencjarny aprobuje sterylizację i kastrację". Sterylizację i kastrację autor uważa za środki zabezpieczające, które jako użyteczne winny być wprowadzone w życie, z tem, by wykonanie ich było uzależnione od wysokiego prawdopodobieństwa spełnienia czynu występnego. Autor dopuszcza możliwość zawieszenia wykonania środków (b. charakterystyczne) oraz żąda wprowadzenia pewnego minimum wieku, poniżej którego środków tych nie możnaby stosować.

Z wielkiem znawstwem i doświadczeniem oświetla tę kwestję O. Schlegel, Prokurator Sądu Najwyższego z Kopenhagi. Nic to dziwnego, gdyż Danja jest krajem, gdzie prawodawstwo sterylizacyjno-kastracyjne bardzo się rozwinęło (ustawa zasadnicza z 1.VI.1929 z poprawką z 16.V.1934). Referent szeroko przedstawia zasady tego ustawodawstwa, znanego skądinąd czytelnikowi. Ustawodawstwo duńskie hołduje zasadzie zgody na zabieg zainteresowanego, a także jego małżonki. W stosunku do pozbawionych woli zgodę wyraża opiekun ad hoc. Referent jednak przy kastracji pragnąłby w przyszłości móc pominąć czynnik zgody, uważając go za fikcję, ponieważ przeważnie chodzi o anormalnych, poddawanych temu zabiegowi. O zabiegu decyduje bądź Min. Sprawiedliwości po wysłuchaniu odpowiednich ciał (Rada Lekarska i Departament Higjeny), przy kastracji, bądź komitet ekspertów (sędzia, urzędnik opieki społ. i psychjatra) w wypadku sterylizacji. Od r. 1929 miało miejsce 59 wypadków kastracji i 115 wypadków sterylizacji. Osiągnięte rezultaty autor uważa za dobre. Jeśli stwierdzimy (według danych nieurzędowych), że w Niemczech wysterylizowano około 50.000 osób, a poddano kastracji 2.000, możemy z łatwością zauważyć różnicę pomiędzy rzeczowem i gruntownem podejściem do rzeczy z pełnym krytycyzmem i świadomością odpowiedzialności i wagi zagadnienia, a masowym eksperymentem, gdzie doprawdy trudno mówić o naukowem podejściu i rozstrzygnięciu zagadnienia.

Profesor Uniwersytetu w Helsingforsie Federley wydaje się zajmować w stosunku do sterylizacji stanowisko życzliwe. W Finlandji przygotowuje się projekt ustawy sterylizacyjnej. Referent uważa, iż winna być ona oparta na czynniku zgody ze strony zainteresowanego i ewentualnie jego małżonka. Zezwoleń udzielałaby Dyrekcja Higjeny Publicznej. Federley jest zdania, iż życie narzuca nam przekonanie o konieczności wolności indywidualnej dla dobra ogółu (służba wojskowa, umieszczenie w szpitalu zakaźnie chorych), że już sam ten argument bardzo przemawia za sterylizacją.

Wreszcie ostatnie miejsce w szeregu życzliwych z pewnemi jednak zastrzeżeniami zajmuje holenderski uczony, profesor z Leyden Van Bemellen. Uważa on, że zarówno sterylizację, jak i kastrację należy w zasadzie przyjąć, jednak nie należy ich wykonywać bez zgody zainteresowanych osób. W szczególności uznaje kastrację za ostateczny środek przy przestępstwach seksualnych, jednak nie powinna ona być stosowaną przed osiągnięciem przez osobnika 25 lat życia. Stosowanie obu środków powinno być niezmiernie ostrożne z wyeliminowaniem wszelkich śmiałych doświadczeń. Autor nie zgadza się ze stanowiskiem Kościoła Katolickiego, uważając, że w danym wypadku ograniczenie niektórych funkcyj organizmu dzieje się także w imię dobra ogólnego. Inne zupełnie jest stanowisko w stosunku do kastracji, która w systemie karnym winna znaleźć swe miejsce w rzędzie środków zabezpieczających. Środek ten winien mieć na celu zarówno wyzwolenie jednostki przestępnej od przemożnych bodźców pchających ją do przestępstwa, jak również stanowić znakomity sposób obrony społecznej.

Drugim referentem, który pozytywnie, chociaż nie tak bezwzględnie, jak jego poprzednik ustosunkował się do obu zagadnień, jest P. Popenoe, sekretarz amerykańskiej fundacji „Human Betterment Foundation". Jest on zdania, że w niektórych wypadkach kastracja może być wskazana, jako środek natury karnej, prewencyjnej, lub terapeutycznej, nigdy jednak eugenicznej. Przeciwnie, sterylizacja może okazać się użyteczna jako środek natury eugenicznej (gdyż nie pozwala na prokreację potomstwa o mniejszej odporności względem przestępczości zarówno z punktu widzenia biologicznego, jak środowiskowego), nie można w niej natomiast widzieć środka karnego, prewencyjnego, bądź terapeutycznego.

Na tem kończy się lista zwolenników integralnego stosowania obu środków.

Sędzia Sądu Apelacyjnego w Brukseli J. Simon wypowiada się za stosowaniem kastracji, natomiast jest przeciwny sterylizacji. Charakterystyczne swe stanowisko uzasadnia tem, że kastracja stosowana bardzo ostrożnie może się okazać korzystna wtedy, gdy: 1) łącznie z kastracją nakazane byłoby pozbawienie wolności na taki okres czasu, kiedy instynkt

seksualny osłabiony lecz niezniszczony operacją osłabłby na tyle, że nie przedstawiałby żadnego niebezpieczeństwa naruszenia przez osobnika porządku prawnego, 2) że dla jednostek nieznoszących tego środka zastosowana byłaby kara eliminacyjna, 3) że psychopaci nie byliby kastrowani. Zgody operowanego autor nie wymaga. Jest ona dla niego bez znaczenia. Głęboko i ciekawie uzasadnia autor swą niechęć w stosunku do sterylizacji trzema przyczynami: 1) mogłoby to sprowadzić zmniejszenie ilości jednostek genjalnych (rodziny obarczone dziedzicznie dają ich więcej, niż rodziny zdrowe), 2) zachodzi niemożliwość ilościowego określenia obciążeń przekazywanych, gdyż niektóre obciążenia nie są pochodzenia dziedzicznego (blastoksje, traumatyzmy), ich sterylizacja nie wyeliminuje, 3) koniecznością uzupełnienia sterylizacji innemi środkami niegodnemi ludzkości narzucałaby się sama przez się. Autor ma tu na myśli: spędzanie płodu ze względów eugeniki, dobór małżeństw, który mógłby być nakazany lub zakazany ze względów genetycznych, co przypominałoby mocno metody hodowlane, a świadczyłoby o zezwierzęceniu ludzi. Wszelka reglamentacja życia seksualnego małżeństw jest, według referenta, nie do pomyślenia. Dlatego też odrzuca on sterylizację.

Angyal, prof. uniwersytetu w Budapeszcie, z punktu widzenia zasadniczego uważa, iż dopuszczenie obu środków i uznanie ich jest możliwe. Jeśli istnieje kara śmierci, państwo może każde dobro obywatela ograniczyć lub zniszczyć z punktu widzenia kryminalno-politycznego.

„Środki ochronne — sterylizacja i kastracja przewidziane w nowem ustawodawstwie niemieckiem". Oto tylko Niemcom chodziło. O ten tytuł, o przekonanie za wszelką cenę swych własnych obywateli. O pozorne przekonanie zagranicy. O propagandę i naukowe podejście do rzeczy. Prawda naukowa stała na ostatniem miejscu — poprostu dlatego, że była Niemcom niewygodna.

Przyjęta przez Kongres, a raczej przez samych Niemców: delegatów Kongresowych rezolucja brzmi, jak następuje:

1. Należy rozróżniać w tekście ustawowym pojęcia sterylizacji i kastracji, gdyż oba pojęcia obejmują operacje o zupełnie różnej istocie, rodzaju i rezultatach.

2. Dobre rezultaty terapeutyczne i prewencyjne, osiągnięte przez kastrację w wypadkach zaburzeń seksualnych ze skłonnością do przestępczości, winny zachęcić wszystkie kraje do wprowadzenia zmian i uzupełnień, które umożliwiłyby przeprowadzenie tego zabiegu na żądanie zainteresowanego lub za jego zgodą, aby tą drogą wyzwolić jednostkę od tendencji seksualnych anormalnych, które każą obawiać się popełnienia przestępstwa.

3. W podobny sposób winna być uregulowana kwestja sterylizacji z przyczyn sanitarnych lub eugenicznych — za zgodą zainteresowanego.

4. Kastracja przymusowa może być porównaną do innych środków zabezpieczających, istniejących w obowiązujących ustawodawstwach.

Sterylizacja przymusowa ze względów eugenicznych lub zdrowotnych jest środkiem godnym zalecenia, gdyż może zredukować w przyszłości liczbę osobników anormalnych, z których w znacznym stopniu składają się przestępcy.

5. Środki zabezpieczające dotyczące sterylizacji ze względów zdrowotnych i eugenicznych i kastracji przestępców seksualnych lub recydywistów są wskazane pod warunkiem istnienia poważnych gwarancji przy uzasadnieniu operacyj.

6. Nie należy przy sterylizacji przestępców kierować się odmiennemi zasadami do tych, które uzasadniają sterylizację przedsięwziętą ze względów zdrowotnych lub eugenicznych.

7. Ustawodawstwa krajowe winny zabezpieczyć pod każdym względem, aby sterylizacja i kastracja przymusowa miały miejsce nieinaczej, jak pod warunkiem największej ostrożności i przeprowadzane były w ścisłej zgodności z procedurą, która będzie przewidywała dla każdego wypadku dokładne sprawdzenie przez komitet składający się z lekarzy i prawników.

Przyjętą przez Kongres rezolucję należy traktować z wielkim krytycyzmem. Nie odzwierciadla zresztą ona tych prądów, kierunków, opinji i zdań, które w tej materji były wypowiedziane przez delegacje poszczególnych krajów. Dlatego też przyjętą przez „większość" kongresową rezolucję należy traktować, jako rezolucję mniejszości, znacznej mniejszości. Rezolucja ta, wygodna obecnemu kierunkowi politycznemu, nie może być jednak w żadnym wypadku uważana w najmniejszym stopniu za opinję sfer i świata naukowego.

Jest rzeczą pewną i niewątpliwą, że zagadnienie sterylizacji i kastracji coraz bardziej zajmuje i interesuje sfery nietylko naukowe, ale i ogół społeczeństwa. Zagadnienie z konieczności i istoty swej staje się także tematem, nad którym winny zastanowić się głęboko zjazdy i kongresy kryminologiczne międzynarodowe. Próbę Kongresu Berlińskiego należy pod tym względem uważać za całkowicie chybioną, ponieważ o poważnej kwestji naukowej dyskutowano i rozstrzygano, mając na widoku przedewszystkiem doraźne zagadnienia natury wybitnie politycznej. Oczekiwać należy, że podjęta zostanie wkrótce nowa próba, gdzie w atmosferze ciszy i spokoju, objektywizmu i rzeczowości, w nastroju sprzyjającym pracy i dociekaniom naukowym, gdzie nikt nie będzie usiłował własnemi głosami majoryzować opinji innych — podjęta zostanie nowa, miejmy nadzieję, tym razem skuteczniejsza próba.

GEORGES LADISLAV SLIWOWSKI.

LA QUESTION DE LA STERILISATION ET DE LA CASTRATION AU CONGRES DE BERLIN.

(Résumé).

L'auteur membre de la délegation polonaise au XI Congrès Pénal et Penitentiaire de Berlin, siègeant au Capital du Reich du 19 jusqu'au 24 Aout 1935 emmet ses observations concernant les resolutions du Congrès sur la question de la stérelisation et de la castration. L'auteur dans son travail résume les thèses des rapporteurs particuliers sur la dite question et notamment de MM: A. Gutt (Allemagne), Schlegel (Danemark), Federley (Finlande), Van Bemellen (Pays-Bas), Popenoe (Etats-Unis), Simon (Belgique), Angyal (Hongrie), Norwood East (Angleterre), Boncour (France), Camporredendo Fernandez (Espange). Il note que la plupart des rapporteurs s'est declarée contre la stérilisation et la castration par contratute ou a fait des sérieuses objections ou des restrictions essentielles avant en vue peu des donnés scientifiques que nous possèdons dans cette matière. C'est bien aeulemnt la partie mineure qui s'est prononcé pour l'acceptation de la thèse allemande à laquelle s'est ajoint le rapporteur géneral de la question M. le Prof. Naville de Geneve. Les mêmes objections et restrictions qu'on pouvait observer dans les textes des rapporteurs étaient aussi envisagées pendant la discussion dans la section et dans le plenum du Congrès. Malgrès cela, malgrès que la grande majorité des délegations s'est prononcée contre les mesures metionnées ci dessus, la thèse allemande fut adoptée, presque exlusivement par voie de la délegation allemande fort abondante, qui a majorisée toutes les autres délegations. De cette manière on a obtenu l'approbation des lois dans cette matière en vigeur a présent en Allemagne. L'auteur pense que la résolution du Congrès est intéressente d'un point de vue, mais jamais elle ne peut pas être estimée comme l'opinion de la totalité ou même de la majorité des pays. Cette majoritée à Berlin s'est prononcée contre la thèse allemande. Comme la question envisagée est d'une grande valeur pour la politique criminelle, comme elle intéresse une quantité des savants et en géneral l'opinion publique il serait fort utile bien a conseiller qu'un Congrès penal futur s'y intéresse dans une atmosfaire plus scientifique et objective.

STRESZCZENIA.

SCHNEIDER. ZABÓJSTWO PRZEZ ZAKNEBLOWANIE UST I UTOPIENIE CZY SAMOBÓJSTWO? *D. Z. ger. Med. Bd. 25.*

Autor opisuje następujący ciekawy przypadek: pewien mężczyzna był znaleziony leżący w kałuży twarzą ku dołowi; z wody wystawała tylko część ciała. W ustach znajdował się mocno wbity knebel z chustki do nosa.

Oględziny zwłok wykazały cechy śmierci wskutek asfiksji, brak cech utonięcia i brak wszelkich obrażeń lub śladów walki.

Autor stanął na stanowisku, że właśnie brak obrażeń i śladów walki wyklucza w danym przypadku zabójstwo przez zakneblowanie ust i przyjmuje, że denat wcisnął sobie knebel w usta, wszedł do wody, upadł i zmarł wskutek uduszenia się. *W. D.*

MOHR. ZA ŻYCIA CZY PO ŚMIERCI PRZEJECHANIE PRZEZ POCIĄG? *D. Z. ger. Med. Bd. 25.*

W sprawie ustalenia przejechań za życia czy po śmierci autor zwraca uwagę na następujące cechy przyżyciowego przejechania: 1. Wylewy krwawe wzdłuż kręg słupa w obrębie przyczepów mięśni. 2. Pęknięcia tarcz międzykręgowych wzg. kręgów wskutek ucisku, przygięcia lub wyciągnięcia kręgosłupa nawet przy zadziałaniu w miejscu dalej odległym od kręgosłupa wraz z wylewami krwawemi do ciała kręgów i do stawów sąsiednich kręgów. 3. Wciągnięcie krwi do płuc. Wspomniane zmiany mają oczywiście znaczenie tylko w przypadkach ich istnienia, brak zaś tych zmian nie wyklucza przyżyciowego przejechania.

W. D.

BOLLER. OBRZĘK BŁONY ŚLUZOWEJ KRTANI PO WYJĘCIU ZĘBA W OKRESIE MIESIĄCZKOWANIA. *Festschrift H. Zangger. Zürich.*

U 24 letniej zdrowej dziewczyny o g. 8 rano został usunięty dolny ząb mądrości przy zastosowaniu znieczulenia 4% rozczynem nowokainy - corbasil o g. 12 wystąpiło utrudnienie w przełykaniu, znaleziono obrzęk błony śluzowej gardzieli, po niejakimś czasie stan się polepszył lecz wieczorem wystąpiła nagle silna duszność i chora zmarła w 14 godz. od chwili usunięcia zęba. Przy sekcji zwłok znaleziono znaczny obrzęk błony śluzowej krtani, i nadgłośni, przekrwienie narządów, okres regularności.

Opisany przypadek autor tłomaczy tem, że w okresie regularności u kobiet szczeg. w początku występuje obniżenie odporności co w tym przypadku miało tragiczne zakończenie jako następstwo zastosowanego znieczulenia.

W. D.

A. HEBERDA. † O BŁONIE DZIEWICZEJ. *Beiträge zur gerichtlichen Medizin, B. XIII, 1935.*

Oskarżenia o nadużycie płciowe wzgl. zgwałcenie są nierzadko przesadzone lub wręcz fałszywe. Stąd tylko objektywne stwierdzenie zmian w sromie kobiety może mieć znaczenie ważne i jedynie decydujące. Na podstawie własnego doświadczenia autor twierdzi, że orzeczenia wydawane w tej materji przez ogół lekarzy praktyków są niesłychanie często błędne. Zdaniem autora pochodzi to stąd, że lekarze nie mają sposobności do zapoznania się z narządami płciowemi dziewcząt ani podczas studjów ani w późniejszej praktyce; dotyczy to w równej mierze i ginekologów. Doświadczenie w tym kierunku można nabyć jedynie w zakładach medycyny sądowej i to takich, które posiadają dostatecznie duży

materjał; wynika stąd, że do wykonywania tego rodzaju badań i wydawania orzeczeń są powołani wyłącznie lekarze sądowi. *L.*

PROF. E. STIER. TŁUMACZENIE NIEKTÓRYCH OBJAWÓW BŁĘDNIKOWYCH, WYSTĘPUJĄCYCH PO URAZACH GŁOWY. *Monatsschrift für Unfallheilkunde 1935, Nr. 10.*

Otologja rozporządza obecnie pewnemi metodami, które pozwalają stwierdzić, że po urazach głowy mogą występować zaburzenia równowagi przy braku zmian w błędniku i nerwie słuchowym; dowodziłoby to, że zaburzenia te są następstwem zmian w mózgu. Lokalizacja tych zmian nie jest dotąd ustalona.

Na podstawie zbadanych około 300 przypadków po urazach głowy stwierdza autor, że w pewnej części przypadków, obok zaburzeń równowagi, występuje t. zw. rozkojarzenie wzgl. rozszczepienie oczopląsu, „Zergliederung des Nystagmus". Objaw ten polega na tem, że niezależnie od sposobu drażnienia (próba obrotowa, kaloryczna czy galwaniczna), przy obu zdrowych błędnikach, oczopląs wykazuje pewne różnice co do postaci i kierunku. W jednym przypadku stwierdził autor po próbie obrotowej i kalorycznej występowanie oczopląsu tylko na jednem oku. W pewnych przypadkach objaw ten odznaczał się wybitną stałością i utrzymywał się miesiącami a nawet latami.

Zdaniem autora objaw ten dowodzi zaburzeń w przewodnictwie pęczków łączących jądro Deitersa z odpowiedniemi jądrami mięśni ocznych wzgl. uszkodzenia samego jądra Deitersa. Autor cytuje Grahe'go, który w przypadkach występowania tego rodzaju objawów stwierdził zmiany anatomiczne w postaci albo nowotworu albo innych uszkodzeń, właśnie w tej części mózgu. Stąd autor uważa za zupełnie uzasadnione przypuszczenie, że jeśli u osób przedtem zupełnie zdrowych wystąpią po wstrząsie mózgu albo po urazie głowy zaburzenia równowagi oraz opisane objawy ze strony oczopląsu, to należy je tłumaczyć zaburzeniem przewodnictwa pomiędzy wymienionemi jądrami i to najprawdopodobniej albo krwotokiem albo ograniczonem zaburzeniem krążenia w tem miejscu.

L.

PROF. DR. A. WERKGARTNER. PĘKNIĘCIE NAMIOTU MÓŻDŻKOWEGO OD UDERZENIA W BOKSIE. *D. Z. f. d. g. ger. Med. 25 Bd. 1 Hft.*

20-letni pomocnik krawiecki wielokrotnie brał lekcje w boksie od trenera klubowego. Podczas jednej z nich miał być demonstrowany cios specjalny, w trakcie którego uczeń uchylił się i otrzymał uderzenie w podbródek. W odpowiedzi ze strony ucznia miał miejsce jeszcze jeden cios, po którym odszedł on nabok, zdjął rękawice i chciał się ubrać. Nagle zrobiło mu się niedobrze, nastąpiły wymioty i wkrótce stracił przytomność — w godzinę później zmarł.

Oględziny zwłok wykazały: Namiot móżdżkowy wpobliżu linji środkowej od brzegu wolnego po stronie lewej wykazuje rozdarcie szerokości 10 mm. głębokości ok. 15 mm. Z głębi tego rozdarcia sterczy strzępek długości 14 mm. W najbliższem otoczeniu rozdarcia czarno - czerwone wylewy krwawe.

Mechanizm tego pęknięcia tłumaczy autor w ten sposób: uderzenie w podbródek przeniosło się po obu ramionach żuchwy na podstawę czaszki i spowodowało jej spłaszczenie w płaszczyźnie równoległej do podstawy, przez co namiot został nadmiernie napięty, a wraz z nim i wyrostek sierpowaty w miejscu ich połączenia; miało to ten skutek, że zatoka prosta została otwarta. To silne spłaszczenie czaszki bez jej pęknięcia zależy, zdaniem autora, od niezwykłej cienkości pokrywy i ich elastyczności.

Jako szczegół charakterystyczny podnosi, że sprawca uderzył pięścią nie w zwarte szczęki, kiedy wskutek przylegania zębów siła działania byłaby do pewnego stopnia zneutralizowana; uderzenie miało miejsce w opuszczoną żuchwę i dlatego siła działania poprzez ramiona żuchwy na podstawę była tak znaczna.

Wł. Felc..

PROF. DR. L. WACHHOLZ. STWIERDZENIE DZIEWICZOŚCI *D. Z. f. d. g. ger. Med.* 25 Bd. 3 H.

W przypadkach karnych, dotyczących zgwałcenia, lub w procesach cywilnych o unieważnienie małżeństwa, zachodzi potrzeba ustalenia stanu błony dziewiczej. Badania te nie należą do łatwych, a gdy dokonywane są przez lekarzy o małem w tym zakresie doświadczeniu, zachodzić mogą duże błędy rozpoznawcze. Na potwiedzenie tego faktu autor przytacza dwa przypadki z własnej praktyki.

1. Pewna młoda mężatka wystąpiła o unieważnienie małżeństwa, podając jako powód impotentia coeundi ze strony męża. Dwum lekarzom polecono sprawdzenie tego faktu na osobie powódki. Jeden z nich znalazł nieuszkodzoną błonę dziewiczą, drugi natomiast stwierdził, że błona dziewicza petentki jest rozciągliwa i posiada szeroki otwór. Na podstawie badania, dokonanego przy użyciu wziernika pochwowego, utrzymywał, że kobieta ta obcowała cieleśnie. Wobec zasadniczej rozbieżności we wnioskach dwuch rzeczoznawców powołany został autor dla rozstrzygnięcia tej kwestji. Przy badaniu stwierdził błonę dziewiczą półksiężycowatą z rozdarciem po jednej stronie. Mąż natomiast był niedorozwinięty tak pod względem cielesnym jak i umysłowym. Zdaniem autora prawdopodobnie nie mąż był tym, kto spowodował rozdarcie błony, lecz jakiś inny mężczyzna lub też lekarz, który badał przez wziernik pochwowy. Ten lekarz, zbadany jako świadek, przyznał, że po wyjęciu wziernika popłynęło ze sromu parę kropli krwi, przez co przypuszczenie autora o pochodzeniu rozdarcia stało się bardziej prawdopodobne.

2. 31-letnia kobieta poślubiła nieco młodszego od siebie rolnika, przebyła z nim pod wspólnym dachem 4 dni, nie obcując cieleśnie i wystąpiła o unieważnienie małżeństwa spowodu niezdolności do obcowania ze strony męża. Dla ustalenia faktu niedopełnienia małżeństwa powołano dwuch lekarzy. Jeden z nich stwierdził hymen septus i wypowiedział następującą opinję: wolne brzegi błony dziewiczej są gładkie, bez wcięć, nieuszkodzone, błona jednak jest na tyle rozciągliwa, że przez otwór w niej z łatwością można wprowadzić palec do pochwy. Rozciągliwość błony i brak uszkodzeń w brzegach i przegrodzie dowodzą, że badana musiała uprawiać samogwałt. Przy samogwałcie błona nie zostaje uszkodzona, tylko przez stosunek płciowy. W konkluzji podkreśla lekarz, że badana jest dziewicą. Drugi znawca stwierdza, że u badanej znalazł błonę dziewiczą pierścieniowatą z częściową przegrodą i starem rozdarciem w części środkowej. Opisuje dokładnie szerokość błony dziewiczej przez wprowadzenie dwuch palców oraz stan części pochwowej macicy i ujścia zewnętrznego. Na podstawie badania wnosi, że badana nie jest dziewicą, oraz że trochę naderwana błona dziewicza wskazuje wyraźnie na dokonany stosunek płciowy. Do superarbitrji powołano autora, który stwierdził błonę dziewiczą nieuszkodzoną z przegrodą, otwór prawy większy od lewego. Po badaniu wydał autor orzeczenie, w którem podnosi, że błona dziewicza jest nieuszkodzona, co przemawia za tem, że stosunek płciowy nie miał miejsca oraz że kobieta ta nie jest dotknięta żadnem zaburzeniem

rozwojowem, któreby czyniło ją niezdolną do obcowania cielesnego. Przy tej sposobności autor podnosi, że lekarz nie powinien był badać szerokości otworu błony przez wprowadzenie palca, jako niebezpiecznego dla całości błony oraz że nie słusznem jest twierdzenie, że na narządach płciowych kobiecych można znaleść dowody uprawianego samogwałtu. Kobieta ta mogła taki wniosek uznać za znieważenie godności osobistej. *Wl. Felc.*

A. M. MARX. PROJEKT PRAWA O DZIECIOBÓJSTWIE W CZECHOSŁOWACKIM KODEKSIE KARNYM. *D. Z. ger. Med. Bd. 24.*

Autor przedstawia projekt nowego artykułu K. K. dotyczącego t. zw. dzieciobójstwa. Artykuł ten ma mieć następujące brzmienie:

„Matka, która podczas lub zaraz po porodzie, znajdując się w stanie psychicznym, wywołanym porodem lub okolicznościami, wśród których on ma miejsce, umyślnie zabija swe dziecko lub celowo nie okaże mu pomocy koniecznej przy lub po porodzie wskutek czego dziecko umiera, względnie gdy matka bierze udział w tych czynnościach, będzie karaną za popełnienie zbrodni. Jeśli matka popełniła ten czyn znajdując się w ciężkiej nędzy lub aby ukryć swą hańbę, karą będzie więzienie od 6 miesięcy do 3 lat. Przy stwierdzeniu obciążających okoliczności karą będzie więzienie od 5 do 10 lat.

W związku z tym artykulem autor przytacza następujące dane statystyczne o poronieniu i dzieciobójstwie: za pięciolecie (dane były ogłoszone w 1932 r.). na 100.000 kobiet w wieku zdolnym do płodzenia w krajach historycznych czeskiej korony była 26,4 poronień i 1,5 dzieciobójstw, w Słowacji zaś i Karpatorosji 11,8 poronień i 3,1 dzieciobójstw.

Słusznie autor podnosi, że z punktu widzenia lekarskiego w przytoczonym artykule K. K. o dzieciobójstwie należałoby usunąć słowo „zaraz" po porodzie, gdyż stan psychiczny matki. warunkujący złagodzenie kary nieraz nie ustępuje „zaraz" po ukończeniu akcji porodowej, lecz może trwać i czas pewien, niedający się ściśle określić. *W. D.*

„RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY I SOCJOLOGICZNY".

Wyszedł z druku I-szy zeszyt „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego" 1936. Na treść zeszytu składają się: Artykuły: „Dyktatura partji" przez prof. H. Kelsena; „Czynności nadzorcze w nowym ustroju samorządowym" przez prof. B. Winiarskiego; „Zasady nowej ordynacji wyborczej do Sejmu i Senatu" przez prof. A. Derynga; „Błąd co do przestępności działania" przez prof. J. Makarewicza; „Ustalenie alternatywy" przez prof. W. Woltera; „Kapitał zagraniczny w spółkach akcyjnych w Polsce" przez prof. J. Kożuchowskiego; „Przybliżone obliczenia odsetka głosujących przy wyborach do Sejmu 1935" przez Dr. Piekałkiewicza. — Przegląd piśmiennictwa: 55 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa. ekonomji, nauk handlowych i socjologji oraz bogata bibljografja odnośnej literatury polskiej i obcej. — Zobowiązania międzynarodowe Polski przez prof. J. Makowskiego. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego i Najw. Tryb. Admin. dla wszystkich ziem polskich, Orzecznictwo Najwyższego Sądu Wojskowego. — Kronika gospodarcza i socjalna. — Miscellanea.